

ПРОТОКОЛ

За освидетелстване за годност за военна служба/служба в доброволния резерв

№ _____ / _____ / _____
дата на издаване експертен орган

Заб. Отговорите изписвайте текстуално, а там където има квадратчета, зачертавайте с кръстче

I. ПАСПОРТНА ЧАСТ

звание, име, презиме, фамилия, моминско име за жени / години / пол ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Роден ____ / ____ / ____ гр. /с/ ____ обл. ____ страна ____
Дата месторождение

Живущ
Гр. /с/ ____ област ____ ул. ____ № ____ дом.тел. ____

Притежаващ Л.карта № ____ издадена от ____ град ____ дата на издаване ____

Длъжност, специалност.....

Месторабота, общ трудов стаж, специфични условия на труд:

II. СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ: Боледували ли сте някоя от посочените болести или нарушения? При други неупоменати заболявания обяснете кратко в "Забележка"

	ДА	НЕ		ДА	НЕ		ДА	НЕ
Чести ангини			Безсъние			Хемороиди		
Сенна хрема			Нервни или психични разстройства			Колапсни състояния		
Астма			Често главоболие			Епилепсия		
Туберкулоза			Световъртеж, примаяване			Диабет		
Пневмония			Черепно-мозъчна травма			Херния		
Плеврит			Очни оплаквания			Венерически заболявания		
Ревматизъм			Ушни оплаквания			Тропически болести		
Високо кръвно налягане			Сърдечно-съдови заболявания			Алергична хрема		
Нарушения на уринирането			Болки в областта на сърцето			Привикване към алкохол и медикаменти		
Бъбречни смущения			Варикозни вени			Опит за самоубийство		
Камъни в бъбреците			Язва на стомаха или дванадесетопръстника			Оплаквания при пътуване в превозно средство		
Болки в гърба			Жълтеница			Закване		
Ставни проблеми			Жлъчни камъни			Кожни заболявания		

Забележка:

Спазен ли е режимът за явяване на медицинското освидетелстване ДА НЕ

Декларирам, че моите отговори на поставените въпроси са верни, пълни и точни. Съзнавам, че всяко невярно сведение или пропуск в информацията, съдържаща се в медицинския формуляр е основание за прекратяване на медицинските прегледи.

Дата:..... Подпис на освидетелствания:.....

ДО ТУК СЕ ПОПЪЛВА ОТ ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ

III.ФИЗИЧЕСКО РАЗВИТИЕ.	
Ръст _____ см., Тегло _____ кг., Гръдна обиколка _____ см., Талия _____ см., БМИ _____, Татуировки,белези _____	
IV. ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	
Урина:	опиати _____ Кръв:
V.РЕНТГЕНОВИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:	
Дата: ____/____/____	Разчет: _____ / _____ подпис фамилия
VI.ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:	
VII.ПРЕГЛЕДИ ОТ СПЕЦИАЛИСТИ:	
1.ПРЕГЛЕД ОТ ИНТЕРНИСТ:	
Анамнеза /Статус _____	
Допълнителни изследвания:	
ЕКГ-12 отвеждания: _____	
Ехокардиография: _____	
Дата: ____/____/____	Изследвал: _____ / _____ подпис фамилия
Ехография на коремни органи:	
Дата: ____/____/____	Изследвал: _____ / _____ подпис фамилия
Наименование на заболяването /недостатъците/ _____	
Предложение за експертно решение: _____	
Дата: ____/____/____	_____ / _____ Подпис фамилия
2.ПРЕГЛЕД ОТ НЕВРОЛОГ	
Анамнеза/Статус _____	
Наименования на заболяването /недостатъците/: _____	
Предложение за експертно решение: _____	
Дата: ____/____/____	_____ / _____ подпис фамилия
3. ПРЕГЛЕД ОТ ОФТАЛМОЛОГ:	
Анамнеза	
Статус: <i>Визус без корекция:</i> Дясно око _____ <i>Корекция:</i> Дясно око _____ <i>Визус:</i> Дясно око _____ Ляво око _____ Ляво око _____ Ляво око _____	
Наименование на заболяването /надостъците/ _____	
Предложение за експертно решение _____	
Дата: ____/____/____	_____ / _____ подпис фамилия

4.ПРЕГЛЕД ОТ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА															
Анамнез:															
Статус:															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
С-кариозен зъб; Р-пулпит; G-периодонтит; R-корен; О-обтурация (синьо-метал; червено-пластмаса- местоположение и вид на пломбата); Е-липсващ зъб; К-корона,единична; Х-изкуствен зъб; F-фрактуриран зъб; Im- имплант; Ра-пародонтоза; НИ-неизрасъл зъб; ЗК-зъбен камък; ПП-подвижна протеза;															
Лигавица: _____, Език _____, Гингива _____, Кожа _____															
Слюнчени жлези _____, Регионални лимфни възли _____															
Захапка: _____, Дъвкателна способност: _____															
Наименование на заболяването /недостатъците/: _____															
Предложение за експертизно решение: _____															
Дата: ____/____/____															
_____ / _____ подпис фамилия															
5.ПРЕГЛЕД ОТ ХИРУРГ															
Анамнез/Статус _____															
Наименование на заболяването /недостатъците/: _____															
Предложение за експертизно решение: _____															
Дата: ____/____/____															
_____ / _____ подпис фамилия															
6.ПРЕГЛЕД ОТ ОТОЛАРИНГОЛОГ															
Анамнез: _____															
НОС: _____															
УШИ: _____															
Аудиометрия Hz															
0,5х 1х 2х 3х 4х 6х 8х															
Дясно Шепотна реч м Говорна реч м															
Ляво Шепотна реч м Говорна реч м															
Наименование на заболяването /недостатъците/: _____															
Предложение за експертизно решение: _____															
Дата: ____/____/____															
_____ / _____ подпис фамилия															
7.ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ															
Умствена компетентност (интелектуално ниво и конгнитивни процеси): _____															
Личностова структура: _____															
Социално - психологично функциониране: _____															
Психолог: _____ / _____ Подпис фамилия															
Лекар: _____ / _____ Подпис фамилия															
Дата: ____/____/____															
8.ПРЕГЛЕД ОТ ПСИХИАТЪР															
Анамнез/Статус _____															
Наименование на заболяването /недостатъците/: _____															
Предложение за експертизно решение: _____															
Дата: ____/____/____															
_____ / _____ Подпис фамилия															

9.ПРЕГЛЕД ОТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Анамнеза/Статус

Наименование на заболяването /недостатъците/:

Предложение за експертно решение:

Татуировки на видими места по тялото и лицето:

Дата: / /

Подпис / Фамилия

10.ПРЕГЛЕД ОТ ГИНЕКОЛОГ.

Анамнеза/Статус

Наименование на заболяването /недостатъците/:

Предложение за експертно решение:

Дата: / /

Подпис / Фамилия

VIII.КОНСУЛТАЦИИ.

Дата: / /

Консултант Д-р

IX.ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ:

Название на болестта, физически и психологически недостатъци /на български език/

Татуировки на видими места по тялото и лицето /при наличие се вписват след решението по годността за военна служба/

Решение на годността за военна служба/служба в доброволния резерв по "Медицинските стандарти"

ПРЕДСЕДАТЕЛ ЦВМК: /
Звание, подпис фамилия

ЧЛЕНОВЕ:	/	/	/
	подпис	фамилия	фамилия
	/	/	/
	подпис	фамилия	фамилия
	/	/	/
	подпис	фамилия	фамилия
	/	/	/
	подпис	фамилия	фамилия

Дата: / /