

ПРОТОКОЛ

За годишен профилактичен медицински преглед и оценка на здравословното състояние при завръщане на военнослужещите/резервистите от операции и мисии, извън територията на страната

№ _____ / _____ /
дата на издаване

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

I. ПАСПОРТНА ЧАСТ									
звание, име, презиме, фамилия, моминско име за жени				/		/		ЕГН	
								пол	
Роден		/		/		/		гр./с/	
Дата				месторождение		обл.		страна	
Живуш		/		/		/		/	
Гр./с/				област		ул.		№ / дом.тел.	
Притежаващ Л.Карта №		/		/		/		/	
		Издадена от		Град		дата на издаване			
Длъжност, специалност :					Месторабота:				
II. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ВОЕННОСЛУЖЕЩИЯ/РЕЗЕРВИСТА ЗА ПЕРИОДА ОТ ПРЕДШЕСТВАЩИЯ ГОДИШЕН МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД: ДЕКЛАРИРАМ:									
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			
			Гинеколог			Други заболявания или здравословни проблеми			
Забележка:									
Спазен ли е режимът за явяване на медицинския преглед									
								ДА	НЕ
Декларирам, че написаното е вярно и точно. Съзнавам, че всяко невярно сведение или пропуск в информацията, съдържаща се в декларацията е основание за търсене на административно-наказателна отговорност по Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България.									
Дата:.....					Подпис на военнослужещия:.....				
ДО ТУК СЕ ПОПЪЛВА ОТ ВОЕННОСЛУЖЕЩИЯ/РЕЗЕРВИСТА									

Анамнез:	
Статус:	Лекар _____ / _____ /

Анамнеза:

рѣст _____ см., тѣгло _____ кг., грѣдна обиколка _____ см., ханш _____ индекс _____ БМИ,
тѣлесна конструкция _____, цвѣт на очите _____, татуировки, бѣлѣзи _____

[illegible]

ЕКТ: _____

Дата _____ г. _____ Исследвал: _____ / _____ /

Урина: ____	Кръв: ____
Дата: ____ г.	Извършил изследването: ____ / ____ /

Лекар _____ / _____ /

Анамнез:																	
Статус:																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
С-кариозен зъб; Р-пудлит; G-пародонтит; 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 _____, Регионерни лимфни съдове _____																	
Захапка: _____, Дъвкателна способност: _____																	
Наименование на заболяването: _____																	
Дата: / / Дентално здраве клас Лекар / /																	

Название на болестта, физически и психически недостатъци /на български език/: Въз основа на констатираното от интерниста, военнослужещият/ резервистът: може/ не може: - да участва в операции и мисии извън територията на страната; - да се обучава във военни академии, висши военни училища, сержантски колежи и в чужбина; - да постъпи на задгранична работа. Лекар интернист:	Дата: / /20 г.
--	-----------------------------------

* Извършва се от специалист гинеколог в лечебните заведения на ВМА.