



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № 62586

от "20 февраля 2021 г.

# П Р И К А З

## МИНИСТРА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

« 18 » января 2021 г. № 21

г. Москва

**Об определении форм документации  
(кроме унифицированных форм медицинской документации),  
необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий,  
созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации,  
правил их заполнения, а также порядка оформления  
заключений военно-врачебных комиссий, созданных  
в Вооруженных Силах Российской Федерации**

В соответствии с пунктом 4 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 28, ст. 3831; 2020, № 10, ст. 1336)\*, в целях повышения эффективности организации военно-врачебной экспертизы в соединениях, воинских частях и организациях Вооруженных Сил Российской Федерации **П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Определить:

Формы документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимые для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации (приложение № 1 к настоящему приказу);

Правила заполнения форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для

\* Пункт 1 статьи 2 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 13, ст. 1475; 2018, № 1, ст. 28).

деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации (приложение № 2 к настоящему приказу);

Порядок оформления заключений военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации (приложение № 3 к настоящему приказу).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министра обороны Российской Федерации от 14 октября 2015 г. № 615 «Об определении форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 ноября 2015 г., регистрационный № 39689);

пункт 2 Перечня изменений, вносимых в приказы Министра обороны Российской Федерации по вопросам военно-врачебной экспертизы (приложение к приказу Министра обороны Российской Федерации от 12 сентября 2018 г. № 499 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2018 г., регистрационный № 52345).

**МИНИСТР ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

генерал армии



С.Шойгу

Приложение № 1  
к приказу Министра обороны  
Российской Федерации  
от 18 января 2021 г. № 21

**ФОРМЫ ДОКУМЕНТАЦИИ**  
(кроме унифицированных форм медицинской документации),  
необходимые для деятельности военно-врачебных комиссий,  
созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации

Форма № 1

Угловой штамп  
воинской части (организации)  
Вооруженных Сил Российской Федерации

**СЛУЖЕБНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**  
на военнослужащего, направляемого на  
медицинское освидетельствование

\_\_\_\_\_ (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии),

\_\_\_\_\_ дата рождения военнослужащего)

В Вооруженных Силах Российской Федерации с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать дату)

Проходит военную службу в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать наименование

\_\_\_\_\_ воинской части (организации) Вооруженных Сил Российской Федерации

с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать дату)

Военно-учетная специальность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать наименование, срок службы)

В занимаемой воинской должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать наименование)

с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать дату)

Сведения о военнослужащем: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать воинскую должность,

на которую он предназначается, сведения о влиянии состояния здоровья на способность исполнять обязанности военной службы, службы по военно-учетной специальности, сведения об исполнении обязанностей военной службы при обстоятельствах, указанных в абзацах третьем и пятом подпункта «а», подпунктах «в» и «г» пункта 94 Положения о военно-врачебной экспертизе\*, сведения о выполнении при исполнении обязанностей военной службы работ, указанных в абзаце третьем подпункта «а» пункта 94 Положения о военно-врачебной экспертизе\*)

**Выводы:** \_\_\_\_\_

**Командир (начальник, руководитель)** \_\_\_\_\_

(воинское звание (при наличии),  
подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

\* Утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 28, ст. 3831; 2020, № 10, ст. 1336).

Угловой штамп  
 воинской части Вооруженных Сил  
 Российской Федерации (военно-  
 медицинской организации Министерства  
 обороны Российской Федерации)

**МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
 на военнослужащего, направляемого на  
 медицинское освидетельствование**

\_\_\_\_\_ (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии),

\_\_\_\_\_ дата рождения военнослужащего)

находится под медицинским наблюдением в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать

\_\_\_\_\_ наименование воинской части, военно-медицинской организации)

с \_\_\_\_\_ ПО ПОВОДУ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать месяц, год)

\_\_\_\_\_ (указать диагнозы,

\_\_\_\_\_ даты начала (прекращения) диспансерного наблюдения)

За время медицинского наблюдения обращался за меди-  
 цинской помощью по поводу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать наименования военно-медицинских

\_\_\_\_\_ организаций (иных медицинских организаций), периоды прохождения

\_\_\_\_\_ военнослужащим в них медицинского обследования и лечения за последние 3 года

\_\_\_\_\_ и диагнозы, по поводу которых он проходил медицинское обследование и лечение)

Количество дней трудопотерь за последние 3 года: \_\_\_\_\_

Влияние исполнения обязанностей военной службы (службы  
 по военно-учетной специальности) на состояние здоровья: \_\_\_\_\_

**Врач воинской части  
 (военно-медицинской организации)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (воинское звание (при наличии),  
 подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НА ВОЕННО-ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ

По направлению \_\_\_\_\_  
(указать должностное лицо, дату, номер документа)

В \_\_\_\_\_  
(указать профиль отделения, наименование военно-  
\_\_\_\_\_ прошел медицинское  
медицинской организации)

обследование и \_\_\_\_\_ представляется на военно-  
(указать дату)  
врачебную комиссию \_\_\_\_\_  
(указать профиль (при наличии))

\_\_\_\_\_ (указать профиль (при наличии))  
военно-врачебной комиссии, наименование военно-врачебной комиссии)  
В целях \_\_\_\_\_  
(указать цели медицинского освидетельствования,

\_\_\_\_\_ (указать профиль (при наличии))  
причины (при наличии) направления на медицинское освидетельствование)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(указать день, месяц, год)

3. Служба в Вооруженных Силах Российской Федерации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать периоды военной службы (по призыву, по контракту), кем

\_\_\_\_\_ призван (отобран) на военную службу, дата окончания контракта)

4. Воинское звание \_\_\_\_\_

5. Место службы \_\_\_\_\_

6. Личный номер военнослужащего: \_\_\_\_\_  
(указать номер)

7. Жалобы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Анамнез: \_\_\_\_\_

---

---

---

9. Находился на обследовании и лечении: \_\_\_\_\_

(указать

военно-медицинские организации, иные медицинские организации,

сроки пребывания в них)

10. Данные объективного исследования: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

11. Результаты диагностических исследований: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

12. Диагноз: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Лечащий врач**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Начальник отделения (заведующий отделением)**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

## СПРАВКА № \_\_\_\_

**о состоянии здоровья гражданина, выезжающего  
в иностранное государство (в том числе в иностранное  
государство с неблагоприятным жарким климатом)**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(день, месяц, год)

3. Воинское звание \_\_\_\_\_  
(при наличии)

4. Место службы \_\_\_\_\_  
(указать место службы военнослужащего)

5. Выезжает в: иностранное государство/иностранное государство с неблагоприятным жарким климатом (ненужное зачеркнуть).

6. Результаты диагностических исследований:

Наименование диагностических исследований	Дата, номер (при наличии), результат исследования
1	2
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях	
Общий (клинический) анализ крови	
Тромбоциты крови	
Общий анализ мочи	
Электрокардиография в покое	
Электрокардиография с физическими упражнениями	



1	2
Измерение внутриглазного давления	
Исследование уровня глюкозы в крови	
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека	
Серологические реакции на сифилис	
Определение группы и резус-принадлежности крови	
Дополнительные обязательные диагностические исследования, проводимые до начала медицинского освидетельствования	
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)	

### 7. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты	Результаты медицинского освидетельствования
1	2
Врач-хирург	

1	2
Врач-терапевт	
Врач-невролог	
Врач-психиатр	

1	2
Врач-офтальмолог	
Врач-оториноларинголог	
Врач-дерматовенеролог	
Врач-стоматолог	
Врач-акушер-гинеколог	

1	2
Врачи других специальностей	

8. Противопоказания для проведения профилактических прививок: \_\_\_\_\_  
(указать при наличии)

9. Санация полости рта: пройдена/не пройдена (ненужное зачеркнуть)

10. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

(указать наименование военно-врачебной комиссии,

заключение военно-врачебной комиссии)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Протокол № \_\_\_\_\_  
(указать номер)

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

11. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

12. Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии:

13. Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Место  
для фотографии

(печать воинской части  
(организации) Вооруженных Сил  
Российской Федерации, военного  
комиссариата муниципального  
образования (муниципальных  
образований)

### КАРТА

**медицинского освидетельствования гражданина,  
поступающего в военную профессиональную  
образовательную организацию (военную образовательную  
организацию высшего образования)**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (для военнослужащего, кроме того, указать воинское звание)

2. Место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (для военнослужащего, кроме того,

\_\_\_\_\_ указать адрес и условное наименование воинской части (организации)

3. Перенесенные заболевания, увечья, данные диспансерного  
наблюдения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Наличие аллергических состояний, препятствующих про-  
ведению профилактических прививок и лечению антибиотиками:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Результаты обязательных диагностических исследований, выполненных до начала медицинского освидетельствования:

Наименование диагностических исследований	Дата, номер (при наличии), результат исследования
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях	
Рентгенография придаточных пазух носа	
Общий (клинический) анализ крови	
Тромбоциты крови	
Общий анализ мочи	
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека	
Исследование крови на маркеры гепатита В и С	
Серологические реакции на сифилис	
Исследование на основные группы наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов	
Электрокардиография в покое	
Электрокардиография с физическими упражнениями	

6. Отдельные показатели антропометрии, функций сердечно-сосудистой системы, органов зрения и слуха:

Предварительное медицинское освидетельствование				Окончательное медицинское освидетельствование			
1				2			
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)							
Динамометрия ручная (правая/левая кисть)							
Функциональная проба с физической нагрузкой							
в покое	после нагрузки	через 2 мин	в покое	после нагрузки	через 2 мин		
Острота зрения							
без коррекции		с коррекцией		без коррекции		с коррекцией	
левый глаз	правый глаз	левый глаз	правый глаз	левый глаз	правый глаз	левый глаз	правый глаз
Рефракция							
левый глаз		правый глаз		левый глаз		правый глаз	
Цветовосприятие							



1	2
Внутриглазное давление	
Шепотная речь	

**7. Результаты медицинского освидетельствования:**

Предварительное медицинское освидетельствование	Окончательное медицинское освидетельствование
1	2
Врач-терапевт	
Врач-хирург	

1	2
Врач-невролог	
Врач-психиатр	
Врач-офтальмолог	

1	2
<b>Врач-оториноларинголог</b>	
<b>Врач-стоматолог</b>	
<b>Врач-дерматовенеролог</b>	

1	2
Врачи других специальностей	

8. Заключение военно-врачебной комиссии при предварительном медицинском освидетельствовании: \_\_\_\_\_

(указать

наименование военно-врачебной комиссии,

заключение военно-врачебной комиссии)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Протокол № \_\_\_\_\_  
(указать номер)

### Председатель военно-врачебной комиссии

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

### Секретарь военно-врачебной комиссии

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

8.1 Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

8.2 Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии:

8.3 Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

9. Заключение военно-врачебной комиссии при окончательном медицинском освидетельствовании: \_\_\_\_\_

(указать

\_\_\_\_\_

наименование военно-врачебной комиссии,

\_\_\_\_\_

заключение военно-врачебной комиссии)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Протокол № \_\_\_\_\_

(указать номер)

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Место  
для фотографии

(печать военного комиссариата  
муниципального образования  
(муниципальных образований))

**КА Р Т А**  
**медицинского освидетельствования гражданина,**  
**поступающего в военный учебный центр**  
**при федеральной государственной образовательной**  
**организации высшего образования**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения \_\_\_\_\_

2. Место жительства \_\_\_\_\_

3. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного  
наблюдения: \_\_\_\_\_

4. Наличие аллергических состояний, препятствующих про-  
ведению профилактических прививок и лечению антибиотиками:

5. Результаты обязательных диагностических исследований, выполненных до начала медицинского освидетельствования:

Наименование диагностических исследований	Дата, номер (при наличии), результат исследования
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях	
Общий (клинический) анализ крови	
Общий анализ мочи	
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека	
Исследование крови на маркеры гепатита В и С	
Электрокардиография в покое	

## 6. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты	Результаты медицинского освидетельствования
1	2
Врач-терапевт	
Врач-хирург	
Врач-невролог	
Врач-психиатр	
Врач-офтальмолог	
Врач-оториноларин- голог	



1	2
Врач-стоматолог	
Врач-дерматовене- ролог	
Врачи других спе- циальностей	

7. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

(указать

наименование военно-врачебной комиссии,

заключение военно-врачебной комиссии)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Протокол № \_\_\_\_\_

(указать номер)

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Место  
для фотографии

(печать военного комиссариата  
муниципального образования  
(муниципальных образований))

## КАРТА

### медицинского освидетельствования гражданина, поступающего на военную службу по контракту

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения \_\_\_\_\_

2. Воинское звание \_\_\_\_\_

(указать при наличии)

3. Место жительства \_\_\_\_\_

4. Сведения о прохождении военной службы \_\_\_\_\_

(указывается при прохождении гражданином военной службы)

5. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного наблюдения: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

6. Наличие аллергических состояний, препятствующих проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками: \_\_\_\_\_

---

---

---

7. Цели медицинского освидетельствования, не связанные с определением категории годности к военной службе: \_\_\_\_\_

(указываются при наличии)

8. Имеющаяся военно-учетная специальность: \_\_\_\_\_

(указывается при наличии)

## 9. Результаты медицинского обследования:

Наименование диагностических исследований	Дата, номер (при наличии) и результат исследования
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)	
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях	
Общий (клинический) анализ крови	
Общий анализ мочи	
Электрокардиография в покое	
Электрокардиография с физическими упражнениями	
Исследование на основные группы наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов	
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека	
Исследование крови на маркеры гепатита В и С	
Серологические реакции на сифилис	
Дополнительные обязательные диагностические исследования, проводимые до начала медицинского освидетельствования	

## 10. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты	Предварительное медицинское освидетельствование	Окончательное медицинское освидетельствование
1	2	3
Врач-хирург		
Врач-терапевт		
Врач-невролог		
Врач-психиатр		
Врач-офтальмолог		
Врач-оторинола- ринголог		
Врач-стоматолог		
Врач-дерматовене- ролог		
Врачи других спе- циальностей		

## 11. Заключение военно-врачебной комиссии:

а) при предварительном медицинском освидетельствовании

---

(указать наименование военно-врачебной комиссии,

---

заключение военно-врачебной комиссии)

---

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.      Протокол № \_\_\_\_\_  
(указать номер)

**Председатель военно-врачебной комиссии**

---

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

---

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

б) при окончательном медицинском освидетельствовании

---

(указать наименование военно-врачебной комиссии,

---

заключение военно-врачебной комиссии)

---

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.      Протокол № \_\_\_\_\_  
(указать номер)

**Председатель военно-врачебной комиссии**

---

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

---

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

**КАРТА**  
**медицинского освидетельствования гражданина,**  
**пребывающего в запасе**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения \_\_\_\_\_

2. Военское звание \_\_\_\_\_

3. Военно-учетная специальность \_\_\_\_\_

4. Результаты медицинского обследования:

Наименование диагностических исследований, физиологических показателей организма	Дата, номер (при наличии), результат
1	2
Общий (клинический) анализ крови	
Общий анализ мочи	
Флюорография (рентгеногра- фия) легких в двух проекциях	
Электрокардиография в по- кое	
Электрокардиография с физи- ческими упражнениями	
Исследование уровня глю- козы в крови	
Внутриглазное давление	

1	2
Дополнительные обязательные диагностические исследования до начала медицинского освидетельствования	

**5. Результаты медицинского освидетельствования:**

Врачи-специалисты	Дата, результат медицинского освидетельствования
1	2
Врач-хирург	
Врач-терапевт	
Врач-невролог	
Врач-психиатр	
Врач-офтальмолог	
Врач-оториноларинголог	
Врач-стоматолог	

1	2
Врач-дерматовене- рологлог	
Врачи других специальностей	

6. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать наименование военно-врачебной комиссии,

\_\_\_\_\_

заключение военно-врачебной комиссии)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Протокол № \_\_\_\_\_

(указать номер)

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.





4. Результаты диагностических исследований: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

5. Диагноз: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

6. Заключение врача-специалиста: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия врача, личная печать)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



6. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

7. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

---



6. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

7. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

8. Почтовый адрес освидетельствованного: \_\_\_\_\_

9. Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии:

10. Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии:

---

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**военно-врачебной комиссии**  
 № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. военно-врачебной комиссией \_\_\_\_\_

(указать наименование военно-врачебной комиссии)

по направлению \_\_\_\_\_

(указать должностное лицо, дату, номер документа)

освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
 (день, месяц, год)

3. Служба в Вооруженных Силах Российской Федерации: \_\_\_\_\_

(указать периоды военной службы (по призыву, по контракту),

кем призван (отобран) на военную службу, дата окончания контракта)

4. Воинское звание \_\_\_\_\_

5. Место службы \_\_\_\_\_

6. Личный номер военнослужащего \_\_\_\_\_  
 (указать номер)

7. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
 (воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
 (воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

8. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**военно-врачебной комиссии**  
№ \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. военно-врачебной комиссией \_\_\_\_\_

(указать наименование военно-врачебной комиссии)

по направлению \_\_\_\_\_

(указать должностное лицо, дату, номер документа)

освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

(день, месяц, год)

3. Служба в Вооруженных Силах Российской Федерации: \_\_\_\_\_

(указать периоды военной службы (по призыву, по контракту),

кем призван (отобран) на военную службу, дата окончания контракта)

4. Воинское звание \_\_\_\_\_

5. Место службы \_\_\_\_\_

6. Личный номер военнослужащего \_\_\_\_\_

(указать номер)

7. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

**Председатель военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

8. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_



9. Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии:

10. Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии:

---