



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Приказ Министра обороны РФ от 14.10.2015 N
615

(ред. от 12.09.2018)

"Об определении форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации"

(Зарегистрировано в Минюсте России
12.11.2015 N 39689)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: □ 20.04.2019

Зарегистрировано в Минюсте России 12 ноября 2015 г. N 39689

МИНИСТР ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 14 октября 2015 г. N 615

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТАЦИИ (КРОМЕ УНИФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ), НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЕННО-ВРАЧЕБНЫХ КОМИССИЙ, СОЗДАНЫХ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

В соответствии с [пунктом 4](#) Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 28, ст. 3831; 2014, N 41, ст. 5537; 2015, N 21, ст. 3115; 2018, N 18, ст. 2639), приказываю:
(в ред. [Приказа](#) Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

Определить:

[форму](#) "Протокол заседания военно-врачебной комиссии по очному медицинскому освидетельствованию" (приложение N 1 к настоящему приказу);

[форму](#) "Справка военно-врачебной комиссии" (приложение N 2 к настоящему приказу);

[форму](#) "Заключение военно-врачебной комиссии" (приложение N 3 к настоящему приказу);

[форму](#) "Свидетельство о болезни" (приложение N 4 к настоящему приказу);

[форму](#) "Карта медицинского освидетельствования гражданина, поступающего на военную службу по контракту" (приложение N 5 к настоящему приказу);

[форму](#) "Карта медицинского освидетельствования гражданина, поступающего в военную профессиональную образовательную организацию (военную образовательную организацию высшего образования)" (приложение N 6 к настоящему приказу);

[форму](#) "Карта медицинского освидетельствования гражданина, пребывающего в запасе" (приложение N 7 к настоящему приказу);

[форму](#) "Справка о состоянии здоровья гражданина, выезжающего в иностранное государство" (приложение N 8 к настоящему приказу);

[форму](#) "Протокол заседания военно-врачебной комиссии по заочному медицинскому

освидетельствованию (определению причинной связи увечья, заболевания с прохождением военной службы)" (приложение N 9 к настоящему приказу);

форму "Лист медицинского освидетельствования" (приложение N 10 к настоящему приказу);

форму "Медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина" (приложение N 11 к настоящему приказу).

Министр обороны
Российской Федерации
генерал армии
С.ШОЙГУ

Приложение N 1
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

ПРОТОКОЛ
заседания военно-врачебной комиссии
по очному медицинскому освидетельствованию
от "___" _____ 20__ г. N ____

(наименование военно-медицинской (медицинской) организации, соединения,

воинской части, военной профессиональной образовательной организации,

военной образовательной организации высшего образования, клинический
профиль военно-врачебной комиссии)

N п/п	Фамилия, имя, отчество, дата рождения (день, месяц, год), воинское звание, занимаемая воинская должность, военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой должностью), воинская часть, сведения о призыве на военную службу (указать призывную комиссию муниципального образования субъекта Российской Федерации, день, месяц, год), сведения о поступлении на военную службу по контракту (день, месяц, год, кем отобран), кем направлен на медицинское освидетельствование	Жалобы и краткий анамнез	Данные объективного обследования, результаты специальных исследований, диагноз, статья, пункт статьи расписания болезней <*>, причинная связь увечья, заболевания	Заключение военно-врачебной комиссии	Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии
1	2	3	4	5	6

Председатель военно-врачебной комиссии _____
(подпись, инициал имени, фамилия)

Члены военно-врачебной комиссии: _____
(подпись, инициал имени, фамилия)
_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии _____
(подпись, инициал имени, фамилия)

<*> **Раздел II** Требования к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).

Приложение N 2
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной
образовательной организации, военной образовательной
организации высшего образования

СПРАВКА
военно-врачебной комиссии
N _____

"__" _____ 20__ г. военно-врачебной комиссией _____

_____ (наименование военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной образовательной
организации, военной образовательной организации высшего образования)
по направлению _____
(указать должностное лицо, дату, номер документа)

освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах
(день, месяц, год)
Российской Федерации с _____
(месяц, год)

3. Воинское звание _____
4. Занимаемая воинская должность _____,
военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой
должностью) _____

5. Войсковая часть _____
6. Направлен для прохождения военной службы по призыву:
(указать военный комиссариат муниципального образования (муниципальных

образований), день, месяц, год)
7. Поступил на военную службу по контракту: _____
(указать, с кем и когда (день, месяц, год) заключен

контракт о прохождении военной службы)
8. Диагноз, статья, пункт статьи расписания болезней <*>, причинная
связь увечья, заболевания: _____

9. Заключение военно-врачебной комиссии:
на основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____
расписания болезней <*> и **Требований** к состоянию здоровья отдельных
категорий граждан <***> _____

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес освидетельствуемого: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

<*> **Раздел II** Требования к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).

<***> **Приложение N 1** к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. N 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный N 35094).

Приложение N 3
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной
образовательной организации, военной образовательной
организации высшего образования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
военно-врачебной комиссии
N _____

"__" _____ 20__ г. военно-врачебной комиссией _____

_____ (наименование военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной образовательной
организации, военной образовательной организации высшего образования)
по направлению _____

(указать должностное лицо, дату, номер документа)

освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах
(день, месяц, год)
Российской Федерации с _____
(месяц, год)

3. Воинское звание _____

4. Занимаемая воинская должность _____,
военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой
должностью) _____

5. Войсковая часть _____

6. Заключение военно-врачебной комиссии: _____

Председатель военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Приложение N 4
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной
образовательной организации, военной образовательной
организации высшего образования

СВИДЕТЕЛЬСТВО О БОЛЕЗНИ
N _____

"__" _____ 20__ г. военно-врачебной комиссией _____

_____ (наименование военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной образовательной

_____ образовательной

организации, военной образовательной организации высшего образования)
по направлению _____
(указать должностное лицо, дату, номер документа)
_____ освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах
(день, месяц, год)
Российской Федерации с _____
(месяц, год)

3. Воинское звание _____

4. Занимаемая воинская должность _____,
военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой
должностью) _____

5. Войсковая часть _____

6. Направлен для прохождения военной службы по призыву:

(указать военный комиссариат муниципального образования (муниципальных
образований), день, месяц, год)

7. Поступил на военную службу по контракту: _____
(указать, с кем и когда (день, месяц, год) заключен
контракт о прохождении военной службы)

8. Жалобы: _____

9. Анамнез: _____

10. Находился на обследовании и лечении: _____
(указать
военно-медицинские организации, иные медицинские организации,
время пребывания в них)

11. Данные объективного исследования: _____

12. Результаты диагностических исследований: _____

13. Диагноз, статья, пункт статьи расписания болезней <*>, причинная
связь увечья, заболевания: _____

14. Заключение военно-врачебной комиссии:
на основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____
расписания болезней <*> и **Требований** к состоянию здоровья отдельных
категорий граждан <***> _____

Председатель военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес освидетельствуемого: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

<*> **Раздел II** Требования к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).

<***> **Приложение N 1** к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. N 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный N 35094).

Приложение N 5
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Список изменяющих документов
(в ред. **Приказа** Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

Форма

Место
для фотокарточки
(печать военного комиссариата
муниципального образования
(муниципальных образований))

КАРТА
медицинского освидетельствования гражданина,
поступающего на военную службу по контракту

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения _____

2. Место жительства _____

3. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного учета: _____

4. Аллергологический анамнез: _____

5. Род войск, военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой должностью по предназначению): _____

6. Результаты медицинского обследования:

Наименование диагностических исследований	Дата проведения	Результат
1	2	3
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)		
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях		
Общий (клинический) анализ крови		
Общий анализ мочи		
Электрокардиография в покое и с физическими упражнениями		
Исследование на наркотические средства		
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		

7. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты, диагноз, заключение военно-врачебной комиссии	Предварительное медицинское освидетельствование "__" _____ 20__ г.	Окончательное медицинское освидетельствование "__" _____ 20__ г.
1	2	3
Врач-хирург		
Врач-терапевт		
Врач-невролог		
Врач-психиатр		
Врач-офтальмолог		
Врач-оториноларинголог		
Врач-стоматолог		
Врач-дерматовенеролог		
Врачи других специальностей		
Диагноз		
Заключение о категории годности к военной службе, годности к службе по военно-учетной специальности	На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней и Требований к здоровью отдельных категорий граждан <***> _____	На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней и Требований к здоровью отдельных категорий граждан <***> _____

(специальности соответствии занимаемой должностью предназначению)	В	Председатель комиссии	военно-врачебной	Председатель комиссии	военно-врачебной		
	С	_____	_____	_____	_____		(подпись,
	ПО	_____	инициал	имени,	фамилия)	инициал	имени, фамилия)
		Секретарь комиссии	_____	_____	Секретарь комиссии	_____	военно-врачебной
		_____	инициал	имени,	фамилия)	инициал	имени, фамилия)
		М.П.		М.П.			

<*> **Раздел II** Требования к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).

<***> **Приложение N 1** к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. N 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный N 35094).

Приложение N 6
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

Форма

Место
для фотокарточки
(печать 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, дата рождения _____

(для военнослужащего указать воинское звание)

2. Место жительства _____
(для военнослужащего, кроме того,

указать адрес и условное наименование воинской части)

3. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного учета: _____

4. Аллергологический анамнез: _____

5. Род войск, военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой должностью по назначению): _____

6. Результаты медицинского обследования и медицинского освидетельствования:

Жалобы, анамнез, наименования диагностических исследований, органов, систем, функций и физиологических показателей организма, диагноз, заключение врача-специалиста	При медицинском освидетельствовании	
	предварительном	окончательном
1	2	3
Жалобы и анамнез		
Флюорография (рентгенография) в двух проекциях		
Рентгенография придаточных пазух носа		
Общий (клинический) анализ 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 наркотические средства		
Электрокардиография в покое и с физическими упражнениями		
Дополнительные обязательные диагностические исследования, проводимые до начала медицинского освидетельствования		
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)		
Динамометрия ручная (правая/левая кисть)		
Динамометрия станковая		

Врач-терапевт						
Эндокринная система						
Сердечно-сосудистая система						
Функциональная проба	в покое	после нагрузки	через 2 мин	в покое	после нагрузки	через 2 мин
Пульс в минуту						
Артериальное давление						
Органы дыхания						
Органы пищеварения						
Почки						
Селезенка						
Диагноз						
Заключение						
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача						
Врач-хирург						
Лимфатические узлы						
Костно-мышечная система						
Периферические сосуды						
Мочеполовая система						
Анус и прямая кишка						
Диагноз						
Заключение						
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача						
Врач-невролог						

Черепно-мозговые нервы				
Двигательная сфера				
Рефлексы				
Чувствительность				
Вегетативная нервная система				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-офтальмолог				
	правый глаз	левый глаз	правый глаз	левый глаз
Цветовосприятие				
Острота зрения без коррекции				
Острота зрения с коррекцией				
Рефракция				
Бинокулярное зрение				
Ближайшая точка ясного зрения				
Слезные пути				
Веки и конъюнктивы				
Положение и подвижность глазных яблок				
Зрачки и их реакция				
Оптические среды				
Глазное дно				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				

Врач-психиатр				
Восприятие				
Интеллектуально-мнестическая сфера				
Эмоционально-волевая сфера				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-оториноларинголог				
Речь				
Носовое дыхание	справа	слева	справа	слева
Восприятие шепотной речи				
Барофункция уха				
Функции вестибулярного аппарата				
Обоняние				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-стоматолог				
Прикус				
Слизистая полости рта				
Зубы				
Десны				
Диагноз				
Заключение				

Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		
Врач-дерматовенеролог		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		
Врачи других специальностей		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		

7. Заключение:

а) при предварительном медицинском освидетельствовании

_____ (указать наименование военно-врачебной комиссии)
"__" _____ 20__ г. на основании статьи _____ пункта статьи _____
графы _____ расписания _____ болезней и **Требований** к состоянию
здоровья отдельных категорий граждан *****>**

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись,

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись,

М.П.

б) при окончательном медицинском освидетельствовании

_____ (указать наименование военно-врачебной комиссии)
"__" _____ 20__ г. на основании статьи _____ пункта статьи _____
графы _____ расписания _____ болезней и **Требований** к состоянию
здоровья отдельных категорий граждан *****>**

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись,

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

<*> **Раздел II** Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).

<***> **Приложение N 1** к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. N 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный N 35094).

Приложение N 7
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

КАРТА
медицинского освидетельствования гражданина,
пребывающего в запасе

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения _____
2. Воинское звание _____
3. Военно-учетная специальность _____
4. Результаты медицинского обследования:

Наименование диагностических исследований, физиологических показателей организма	Дата, результат	Дата, результат	Дата, результат
1	2	3	4
Общий (клинический) анализ крови			
Общий анализ мочи			

Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях			
Электрокардиография в покое			
Исследование уровня глюкозы в крови			
Внутриглазное давление			
Дополнительные обязательные диагностические исследования до начала медицинского освидетельствования			

5.

Рез

Врачи-специалисты, диагноз, заключение военно-врачебной комиссии	Дата, результат	Дата, результат
1	2	3
Врач-хирург		
Врач-терапевт		
Врач-невролог		
Врач-психиатр		
Врач-офтальмолог		
Врач-оториноларинголог		
Врач-стоматолог		
Врачи других специальностей		
Диагноз		
Заключение о категории годности к военной службе, годности к службе по военно-учетной специальности	На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней Требований к здоровью отдельных категорий граждан <*> _____ _____ Председатель военно-врачебной комиссии _____	На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней Требований к здоровью отдельных категорий граждан <*> _____ _____ Председатель военно-врачебной комиссии _____ (подпись, _____)

состоянию

(подпись, _____)

	_____ инициал имени, фамилия)	_____ инициал имени, фамилия)
	Секретарь военно-врачебной комиссии _____ (подпись,	Секретарь военно-врачебной комиссии _____ (подпись,
	_____ инициал имени, фамилия)	_____ инициал имени, фамилия)
	М.П.	М.П.

<*> **Раздел II** Требования к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).

<***> **Приложение N 1** к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. N 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный N 35094).

Приложение N 8
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской организации

СПРАВКА
о состоянии здоровья гражданина,
выезжающего в иностранное государство

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____
(день, месяц, год)

3. Воинское звание _____

4. Войсковая часть _____

5. Жалобы: _____

6. Краткий анамнез: _____

7. Перенесенные заболевания: _____

8. Противопоказания для проведения профилактических прививок: _____

9. Результаты диагностических исследований: _____

10. Заключение врачей-специалистов: _____
врач-хирург: _____

врач-терапевт: _____

врач-невролог: _____

врач-психиатр: _____

врач-офтальмолог: _____

врач-оториноларинголог: _____

врач-дерматовенеролог: _____

врач-стоматолог: _____

врач-акушер-гинеколог: _____

врачи других специальностей: _____

11. Диагноз: _____

12. Заключение военно-врачебной комиссии: _____
(указать

наименование военно-врачебной комиссии)

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

"__" _____ 20__ г.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Приложение N 9
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

ПРОТОКОЛ
заседания военно-врачебной комиссии
по заочному медицинскому освидетельствованию
(определению причинной связи увечья, заболевания
с прохождением военной службы)
от "___" _____ 20__ г. N ____

1. Военно-врачебной комиссией _____
(наименование

военно-медицинской организации)
рассмотрено _____
(указать номер и дата обращения,
от кого поступило, по какому вопросу)

2. Рассмотрены документы (перечислить все рассмотренные документы с указанием их даты и номера):

а) документы о прохождении военной службы (в том числе военный билет, красноармейская книжка, свидетельство об освобождении от воинской обязанности, боевая характеристика, копии наградного листа к ордену (медали), аттестации): _____

б) пенсионное дело N _____
(указать орган, осуществляющий

пенсионное обеспечение)

в) личное дело N _____

г) свидетельство о болезни (справка военно-врачебной комиссии, заключение военно-врачебной комиссии) _____
(указать номер, число,

месяц, год составления документа, наименование

военно-врачебной комиссии)

д) медицинская книжка за период с _____ по _____
(месяц, год) (месяц, год)

е) медицинские документы (в том числе медицинские карты стационарных больных, истории болезни, рентгенограммы, протоколы специальных методов исследования): _____

ж) справка архива _____
(указать наименование архива,
номер и дата справки)

з) акт судебно-медицинской экспертизы _____
(указать наименование
учреждения, проводившего судебно-медицинскую экспертизу,
номер и дата акта судебно-медицинской экспертизы)

и) сведения, необходимые для проведения медицинского освидетельствования, и документы, отражающие обстоятельства получения увечья, заболевания: _____

3. Установлено:

а) фамилия, имя, отчество _____

б) дата рождения _____
(день, месяц, год)

в) воинское звание _____

г) данные о прохождении военной службы в Вооруженных Силах Российской Федерации: _____
(указать день, месяц, год поступления
на военную службу, кем призван или отобран, период участия в событиях,
предусмотренных [пунктом 94](#) Положения о военно-врачебной экспертизе <*>,
со ссылкой на подтверждающие документы)

4. Дата и основание увольнения: _____

5. Обоснование заключения военно-врачебной комиссии: _____

Заключение военно-врачебной комиссии: _____

6. Результаты голосования членов военно-врачебной комиссии:
"За" - _____ человек (_____
(количество) (указать фамилии, инициалы)

_____) ;
имени и отчества проголосовавших)
"Против" - _____ человек (_____
(количество) (указать фамилии, инициалы _____) .

_____) .
имени и отчества проголосовавших)
Особое мнение членов военно-врачебной комиссии _____
_____ прилагается к протоколу.
(указать фамилии, инициалы имени и отчества)

Председатель военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Члены военно-врачебной комиссии:

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Заключение военно-врачебной комиссии отправлено: _____
_____ (указать адрес, дату, исходящий номер)

<*> Утверждено **постановлением** Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565.

Приложение N 10
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

ЛИСТ
медицинского освидетельствования

_____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Жалобы: _____

Анамнез: _____

Данные объективного исследования: _____

Оборотная сторона формы

Результаты диагностических исследований: _____

Диагноз: _____

Заключение врача-специалиста:

на основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания
болезней <*> и **Требований** к состоянию здоровья отдельных категорий
граждан <***> _____

(указать категорию годности к военной службе, годность

к службе по военно-учетной специальности)

(подпись, инициал имени, фамилия врача)

"__" _____ 20__ г.

<*> **Раздел II** **Требований** к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565.

<***> **Приложение N 1** к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. N 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный N 35094).

Приложение N 11

к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Министра обороны РФ от 12.09.2018 N 499)

Форма

Угловой штамп
медицинской организации

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о состоянии здоровья гражданина
N ____/____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)
находился по направлению военного комиссара (военного комиссара
муниципального образования (муниципальных образований)) _____
(наименование

_____ субъекта Российской Федерации, военного комиссариата муниципального
_____ образования (муниципальных образований))
от "___" _____ 20__ г. N _____ на медицинском обследовании
в амбулаторных/стационарных условиях (ненужное зачеркнуть) в _____

_____ (наименование медицинской организации)
с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

Жалобы: _____

Анамнез: _____

Оборотная сторона формы

Данные объективного исследования: _____

Результаты диагностических исследований: _____

Диагноз: _____

Руководитель (главный врач, заведующий)
медицинской организации

(подпись, инициал имени, фамилия)

Заведующий (начальник) отделением

(подпись, инициал имени, фамилия)

Врач, проводивший медицинское обследование

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес медицинской организации: _____