|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  |
|  |  |
| Лицензия |  |  |
| Адрес |  | Медицинская документацияФорма N 003-В/уУтверждена приказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. N \_\_\_\_\_ |
| Код по ОКПО |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Форма [вступила](#P39) в силу с 01.03.2022 и действует до 01.03.2028. |  |

|  |
| --- |
| Медицинское заключение серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами |

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

2. Дата рождения: число \_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_

3. Регистрация по месту жительства (пребывания): субъект Российской

Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ строение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ комната \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата выдачи медицинского заключения: число \_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_

5.1. Результаты осмотров и обследований врачами-специалистами,

инструментального и лабораторных исследований:

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр врачом-терапевтом или осмотр врачом общей практики (семейным врачом) |  |
| Осмотр врачом-офтальмологом |  |
| Обследование врачом-психиатром |  |
| Обследование врачом-психиатром-наркологом |  |
| Осмотр врачом-неврологом |  |
| Осмотр врачом-оториноларингологом |  |
| Инструментальное исследование |  |
| Лабораторные исследования |  |

|  |
| --- |
| 5.2. Выявлено (нужное подчеркнуть):отсутствие (наличие) медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;отсутствие (наличие) медицинских показаний к управлению транспортным средством;отсутствие (наличие) медицинских ограничений к управлению транспортным средством.6. Обязательное медицинское освидетельствование проведено в связи с возвратом водительского удостоверения: да/нет (нужное подчеркнуть). |

|  |
| --- |
| Категории и подкатегории транспортных средств, на управление которыми предоставляется специальное право |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| "A" | "B" | "C" | "D" | "BE" | "CE" | "DE" | "Tm" | "Tb" | "M" | "A1" | "B1" | "C1" | "D1" | "C1E" | "D1E" |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Медицинские ограничения к управлению транспортным средством |

|  |  |
| --- | --- |
| Категории "A" или "M", подкатегории "A1" или "B1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа |  |
| Категории "B" или "BE", подкатегории "B1" (кроме транспортного средства с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа) |  |
| Категории "C", "CE", "D", "DE", "Tm" или "Tb", подкатегории "C1", "D1", "C1E" или "D1E" |  |

|  |
| --- |
| Медицинские показания к управлению транспортным средством |

|  |  |
| --- | --- |
| С ручным управлением |  |
| С автоматической трансмиссией |  |
| Оборудованным акустической парковочной системой |  |
| С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения |  |
| С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха |  |

|  |
| --- |
| 7. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское заключение: |