

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) отделения

(подпись, инициал имени, фамилия)

Врач, проводивший медицинское обследование

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес медицинской организации:
