|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Лицензия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_  Медицинская документация  Форма N [003-В/у](https://blanker.ru/doc/forma-003-vu)  Утверждена приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "15" июня 2015 г. N 344н |

**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. Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. Медицинское заключение:

Выявлено отсутствие (наличие) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами (нужное подчеркнуть).

**Категории и подкатегории транспортных средств, на управление которыми предоставляется право на управление транспортными средствами**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| "А" | "В" | "С" | "D" | "BE" | "СЕ" | "DE" | "Тm" | "Tb" | "М" | "А1" | "В1" | "C1" | "D1" | "С1Е" | "D1E" |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Категории "А" или "М", подкатегории "А1" или "В1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа |  |
| 2) Категории "В" или "BE"; подкатегории "В1" (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа) |  |
| 3) Категории "С", "СЕ", "D", "DE", "Тm" или "Тb"; подкатегории "C1", "D1", "С1E" или "D1E" |  |

**Медицинские показания к управлению транспортными средствами**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

6. Фамилия, имя, отчество, подпись врача, выдавшего медицинское заключение:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП  
Формат бланка - А5.