

"Қазақстан Республикасының Қарулы Күштерінде әскери-дәрігерлік сараптаманы жүргізу қағидаларын және әскери-дәрігерлік сараптама органдары туралы ережені бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрінің 2015 жылғы 2 шілдедегі № 373 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрінің 2019 жылғы 23 желтоқсандағы № 1058 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2019 жылғы 26 желтоқсанда № 19761 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № 716 бұйрығымен.

Ескерту. Күші жойылды – ҚР Қорғаныс министрінің 21.12.2020 № 716 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Қазақстан Республикасының Қарулы Күштерінде әскери-дәрігерлік сараптаманы жүргізу қағидаларын және әскери-дәрігерлік сараптама органдары туралы ережені бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрінің 2015 жылғы 2 шілдедегі № 373 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11846 болып тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2015 жылғы 26 тамызда жарияланған) мынадай өзгерістер енгізілсін:

3-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрінің жетекшілік ететін орынбасарына жүктелсін."

Көрсетілген бұйрықпен бекітілген Қазақстан Республикасының Қарулы Күштерінде әскери-дәрігерлік сараптама жүргізу қағидаларында:

95-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"95. Мынадай:

әскери қызметте болудың шекті жасына толған;

Талаптарға сәйкес әскери қызметке жарамдылық санаты дербес бағалау көзделетін бір-бірін ауырлататын үш немесе одан астам науқастануларды диагностикалау жағдайларын қоспағанда, аға, жоғары сержанттар және офицерлер құрамында Талаптарға сәйкес әскери қызметке жарамдылық санаты дербес бағалау көзделетін науқастанулар боған жағдайда "Әскери қызметке шамалы шектеулермен жарамды" деген қорытынды шығарылады.

Көрсетілген жағдайларда "Әскери қызметке шектеулі жарамды" деген қорытынды шығарылады.

Оқу бітіру курсына білім алатын курсанттарда Талаптарға сәйкес әскери қызметке жарамдылық санаты дербес бағалау көзделген науқастары болған кезде ӘДК "Әскери қызметке шамалы шектеулермен жарамды" деген қорытынды шығарады. Талаптарға сәйкес әскери қызметке жарамдылық санаты дербес бағалау көзделген бір-бірін ауырлататын үш немесе одан да астам науқастануларды диагностикалау жағдайларында "Әскери қызметке шектеулі жарамды" деген қорытынды шығарылады.";

113-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"113. Егер олар госпиталь ӘДК куәландырмаса, ДШӘ және АрнМақБ әскери қызметшілерін кезектен тыс медициналық куәландыру олар ДШӘ-да (АрнМақБ-да) қызметке жарамдылық санатын өзгерту көзделетін науқастанулар себебі бойынша стационарлық емделгеннен кейін әскери-медициналық мекемеден (медициналық ұйымнан) келуі бойынша жүргізіледі.

ДШӘ және АрнМақБ әскери қызметшілері кезектен тыс медициналық куәландыруға әскери бөлім дәрігерінің, әскери-медициналық мекеме дәрігер-маманының қорытындысы негізінде әскери бөлім командирінің шешімімен жіберіледі.

ДШӘ және АрнМақБ әскери қызметшілерінде Талаптарға сәйкес ДШӘ-да (АрнМақБ-да) қызметке жарамдылық санатын дербес бағалау көзделген науқастар болған жағдайда "ДШӘ-да (АрнМақБ-да) қызметке жарамды" деген қорытынды:

1) қолбасшылықтың пікірі бойынша әскери қызметшіні әскери қызметке қалдыру мақсаттылығы;

2) науқастанудың жағымды болжамы;

3) куәландырылушының әскери қызметті жалғастыруға оң ниеті болған жағдайларда шығарылады.

Осы жағдайда қорытынды жоғарыда аталған барлық шарттар болған кезде шығарылады. Науқастану болжамы науқастану сипатын, оның басталуын, үдеу дәрежесін, процестің қайталануын және әскери қызметші әскери қызмет міндеттерін орындау кезінде болуы ықтимал асқынуларды ескере отырып айқындалады.";

2-қосымша осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрықпен бекітілген әскери-дәрігерлік сараптама органдары туралы ережеде:

46-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"46. Областық медициналық комиссия облыс орталықтарында, республикалық маңызды қалаларда және астана жиын пункттерінде жүргізіледі.

Медициналық персонал жұмысына басшылық жасайтын дәрігер – медициналық комиссия төрағасы:

1) медициналық куәландыру басталғанға дейін:

дәрігер-мамандар кабинеттерінің осы Ережеге 1-қосымшаға сәйкес әскерге шақыру (жиын) пункттерінде медициналық куәландыруға қажетті құралдар, медициналық және шаруашылық мүлік тізбесімен жарактандырылуын тексереді; азаматтарды қарап-тексеруге (емдеуге) жіберу орнын, уақыты мен тәртібін нақтылайды;

дәрігер-мамандарға азаматтарды медициналық куәландыруды ұйымдастыру мен жүргізу туралы нұсқау береді, ӘДС жүргізу мәселелері бойынша нормативтік құқықтық актілерді түсіндіреді;

әскери қызметке шақыру (тіркеу) жөніндегі комиссия төрағасына – жергілікті атқарушы орган басшысының (әкім) орынбасарына азаматтарды медициналық куәландыруға дайындаудағы кемшіліктер туралы баяндайды;

2) медициналық куәландыру кезеңінде:

дәрігер-мамандардың жұмысындағы өзара іс-қимылды қамтамасыз етеді;

дәрігер-мамандар шығарған қорытындыларды ресімдеу сапасын, негізділігін және олардың Талаптарға сәйкес келуін тексереді;

медициналық комиссия құрамына кіретін дәрігерлермен алқалы түрде азаматтардың әскери қызметке және әскер түрлері мен тектері бойынша арналу көрсеткішіне жарамдылық санаты туралы медициналық комиссия қорытындысын шығарады;

күн сайын комиссия хаттамалары кітабының дұрыс жүргізілуін тексереді;

бұрын шығарылған қорытындылар бойынша азаматтарды қарап-тексеруге (емдеуге) уақтылы жіберуді тексереді;

күн сайын қорытындылайды, азаматтарды медициналық куәландыру нәтижелерін талдайды және оларды әскерге шақыру комиссиясының төрағасына баяндайды;

азаматтарға әскерге шақыру учаскелеріне тіркеу, әскери қызметке шақыру кезінде медициналық куәландыру мәселелері бойынша түсінік береді;

азаматтарды медициналық куәландыруға байланысты шағымдар мен өтініштерді шешуге қатысады."

2. Қазақстан Республикасы Қарулы Күштері Тыл және қару-жарак бастығының басқармасы Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты алғашқы ресми жарияланғанынан кейін Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) мемлекеттік тіркелген күннен бастап күнтізбелік он күн ішінде осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрлігінің Заң департаментіне жолдауды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрық лауазымды адамдарға, оларға қатысты бөлігінде жеткізілсін.

4. Осы бұйрық алғаш ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының Қорғаныс министрі

Н. Ермекбаев

"КЕЛІСІЛДІ"

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі

20 ____ жылғы " ____ " _____

Қазақстан Республикасы
Қорғаныс министрінің
2019 жылғы 23 желтоқсандағы
№ 1058 бұйрығына
қосымша
Қазақстан Республикасының
Қарулы Күштерінде әскери-
дәрігерлік сараптаманы жүргізу
қағидаларына
2-қосымша

ӘДС (ДҰС) жүргізу кезінде толтырылатын медициналық құжаттар нысандары

1-нысан

Қарап-тексеруге (емдеуге) жолдама

Азамат _____

(тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы)

Сіз стационарлық (амбулаториялық) қарап-тексеру (емдеу) үшін _____

_____ жіберілесіз

(емдеу-профилактикалық ұйым атауы және ұйымның мекенжайы)

Емдеу-профилактикалық ұйымға 20 ____ ж. " ____ " _____ сағат " ____ " келуге тиіссіз.

Болжамды диагноз _____

МО _____ қорғаныс істері жөніндегі басқармасының (бөлімінің) бастығы

(әскери атағы, қолы, тегі және атының инициалы)

20 ____ ж. " ____ " _____

(кесу сызығы)

Хабарлама

Кімге _____

(ұйым басшысының лауазымы, тегі, аты, болған кезде әкесінің аты)

"Әскери қызмет және әскери қызметшілердің мәртебесі туралы"

Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес _____

(тегі, аты, болған кезде әкесінің аты)

стационарлық (амбулаториялық) қарап-тексеру (емдеу) үшін _____

_____ жіберіледі.

(емдеу-профилактикалық ұйым атауы және ұйымның мекенжайы)

Осыған байланысты Сізден стационарлық (амбулаториялық) қарап-тексеру (емдеу) курсынан өту үшін уақыт беруіңізді сұраймын

_____ қорғаныс істері жөніндегі басқармасының (бөлімінің) бастығы

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

МО

20 ____ ж. " ____ " _____

2-нысан

Денсаулық сақтау

емдеу-профилактикалық ұйымының,

әскери-медициналық мекеменің

бұрыштамалық мөртаңбасы

Денсаулық жағдайын зерттеу АКТІСІ

(тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы)

(қорғаныс істері жөніндегі бөлім (басқарма) атауы) қорғаныс істері жөніндегі бөлім (басқарма)

бастығының 20 ____ жылғы " ____ " _____

№ ____ жолдамасы бойынша _____

(денсаулық сақтау ұйымы, (әскери-медициналық мекеме атауы)

стационарлық, амбулаториялық (керексізі сызылсын) қарап-тексеруде 20 ____ жылғы

_____ бастап _____

_____ дейін болды.

Шағымдар _____

Анамнез _____

Объективті зерттеу деректері _____

Арнайы зерттеулер нәтижелері: _____

Диагнозы: _____

Денсаулық сақтау медициналық ұйымының бас
дәрігері, әскери-медициналық мекеме бастығы

(қолы, атының инициалы, тегі)

М.О

Бөлімше меңгерушісі (бастығы)

(қолы, атының инициалы, тегі)

Қарап-тексеру жүргізген дәрігер

(қолы, атының инициалы, тегі)

Денсаулық сақтау медициналық ұйымының, әскери-медициналық
мекемесінің пошталық мекенжайы _____

3-нысан

Суретке арналған орын
(қорғаныс істері жөніндегі
бөлімнің (басқарманың)
елтаңбалы мөрі)

Медициналық куәландыру парағ

(тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы)

Шағымдар _____

Анамнез _____

Объективті қарап-тексеру деректері _____

Арнайы зерттеу нәтижелері (зертханалық, рентгенологиялық, аспаптық және басқа да)

Диагнозы: _____

Дәрігер-маманның қорытындысы: ҚР ҚМ 20 __ж. " __ " _____ № __
бұйрығымен

бекітілген Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында

қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайына сәйкес келуіне қойылатын талаптардың

_____ бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы негізінде

(әскери қызметке жарамдылық санаты, арналу көрсеткіші көрсетілсін)

(дәрігер-маманның қолы, атының инициалы, тегі)

20 ____ ж. " ____ " _____

4-нысан

Әскери-дәрігерлік (дәрігерлік-ұшқыштар) комиссиясы отырыстарының хаттамалары кітабы

(комиссия атауы)

Р/с №	Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы (күні, айы, жылы) әскери атағы, атқаратын лауазымы (ұшқыш мамандығы), әскери бөлім, әскери қызметке (қай қорғаныс істері жөніндегі бөлім (басқарма), қала, аудан), күні, айы, жылы көрсетілсін) әскерге шақырды, (келісімшарт бойынша кірді) медициналық куәландыруға кім жіберді (жолдама № және күні), алдыңғы ҰДК (өткен күні мен орны)	Шағымдар мен қысқаша анамнез	Объективті қарап-тексеру деректері, арнайы қарап-тексеру нәтижелері, диагнозы мен зақымданудың (жарақаттанудың, мертігудің, контузия алудың) науқастанудың себепті байланысы туралы ӘДК (ДҰК) қорытындысы	Әскери қызметке (ұшу жұмысына), әскери-есептік мамандығы бойынша қызметке жарамдылық санаты туралы ӘДК қорытындысы және т.б.	Штаттық ӘДК (ДҰК) қорытындысы

5-нысан

Әскери-медициналық мекеменің
(әскери-дәрігерлік комиссияның)
бұрыштамалық мөртаңбасы

№ ____ науқастануы туралы куәлік

20 ____ жылғы " ____ " _____

(лауазымды адам, күні, құжат нөмірі, жолдау мақсаты мен себебі көрсетілсін) жіберуі бойынша _____ әскери-дәрігерлік комиссияда куәландырылды:

(ӘДК, ДҰК атауы)

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

2. Туған жылы _____, Қарулы Күштер қатарында _____

(айы мен жылы)

3. Әскери атағы _____

3-1. ЖСН _____

4. Әскери бөлім (әскер түрі, әскер тегі, ӨңК) _____

5. Атқаратын лауазымы _____

мамандығы _____

6. Әскери қызметке шақырылды (келісімшарт бойынша түсті) _____

(ҚІБ(Б), әскери қызметке шақырылды, келісімшарт бойынша әскери қызметке кірген айы мен жылы)

7. Бойы _____ см. Дене салмағы _____ кг. Кеуде өлшемі (еркін) _____

8. Шағымдар _____

9. Анамнез _____

(науқастану, мертігу (жаралану, жарақаттану, контузия алу) қашан,

қандай жағдайларда пайда болды, бөлім командирінде жарақаттану туралы анықтаманың

болуы немесе болмауы көрсетілсін. Аурудың әскери қызмет міндеттерін орындауға әсер

етуі, алдыңғы медициналық куәландыру нәтижелері, қолданылған емдеу іс-шаралары,

олардың тиімділігі, науқастануы бойынша демалыста болуы, санаторийлерде емделуі және т.б.

10. Тексерілуде және емделуде болды _____

(денсаулық сақтау мекемелері, әскери-медициналық мекемелер

және оларда болу уақыты көрсетілсін)

Науқастану тарихы № _____; шифрі _____; коды _____

11. Объективті зерттеу деректері _____

12. Арнайы зерттеулер нәтижелері (рентгенологиялық, зертханалық, құралдық және басқа да) _____

13. Әскери қызметшінің қызметтік міндеттері туралы мәліметтер _____

(әскери бөлімнен (мекемеден) берілген құжатқа сәйкес мәліметтер көрсетілсін: денсаулық жағдайының әскери қызмет міндеттерін орындауға әсері, әскери қызметшінің әскери қызметті жалғастыруға ниеті және әскери қызметшінің әскери қызметте қалдырудың мақсатқа сәйкестігі туралы қолбасшылықтың пікірі)

14. ӘДК (ДҰК) қорытындысы:

1) диагнозы _____

2) мертігудің (жараланудың, жарақаттанудың, контузия алудың), науқастанудың себепті байланысы: ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "___" _____ бұйрығымен бекітілген Әскери-дәрігерлік сараптаманы жүргізу

қағидаларының _____ тармағы негізінде _____
_____ 3) әскери қызметке
жарамдылық санаты (әскери-есептік мамандығы бойынша қызметке, ұшу
жұмысына және т.б. жарамдылығы) _____

_____ ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "___" _____
бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері
мен әскери құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық
жағдайының сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____ бағаны _____
тармақшасының _____ тармағы негізінде.

15. бірге жүрушіге (мұқтаж, мұқтаж емес) керек емесі сызып тасталсын

_____ (қажет болған жағдайда бірге жүрушілер саны, көлік түрі, жекелеген купеде
жүру қажеттілігі көрсетілсін)

16. Ерекше белгілер _____

_____ М.О. Комиссия төрағасы _____

_____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия мүшесі _____

— (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

_____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Хатшы _____

— (әскери атағы, қолы, аты-жөнінің бас әріптері, тегі)

Комиссияның пошталық мекенжайы _____

_____ Штаттық әскери-дәрігерлік комиссия қорытындысы

Ескертпе. Науқастану туралы куәлік даналарында (әскери қызметшіні
куәландыруға жіберген әскери бөлімге (мекемеге) жолданатын) 8, 9, 11, 12-
тармақтарда мазмұндалған мәліметтер көрсетілмейді. Бұл ретте диагноз
Аурулардың халықаралық жіктемесіне сәйкес (АХЖ) код бойынша көрсетіледі.

Науқастану туралы куәліктер А 4 форматындағы парақтарда, "Times New
Roman" қарпімен, қаріптің көлемі кемінде 12 болып шығарылады.

Азаматты денсаулық жағдайы бойынша әскери қызметке негізсіз шақыру себептерін зерделеу картасы

1-бөлім

Жалпы мәліметтер

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

2. Туған жылы _____

3. Әскери қызметке шақырылған жылы мен айы _____

4. Әскери қызметке қай әскерге шақыру комиссиясы шақырды _____

5. Облыстық жиын пунктiнен жөнелтiлген күн _____

6. Қай әскери-дәрігерлік комиссиясы куәландырды _____

(денсаулық сақтау ұйымының дәрігерлік, госпитальдық, гарнизондық комиссиясы)

7. Науқастануы туралы куәлікті бекіту туралы штаттық ӘДК отырысы хаттамасының нөмірі мен күні _____

8. Науқастану диагнозы, Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайына сәйкес келуіне қойылатын талаптардың тармақшалары, тармақтары, бағандары _____

9. Әскери қызметке жарамдылық дәрежесі туралы (науқастануы туралы куәлік бойынша) ӘДК

қорытындысы және себепті байланысы _____

10. Науқастануы туралы куәлік бойынша науқастану анамнезі деректері _____

2-бөлім

Әскерге шақыру кезеңіне дейінгі денсаулық жағдайы (науқастанулары мен жарақаттары) туралы мәлімет

1. Баланың даму картасының мәліметтері бойынша: _____

2. Жасөспірімдер қызметін қадағалау кезеңінде:

1) 15 жасқа толғаннан кейін денсаулық сақтау жүйесінің педиатриялық қызметінен жасөспірімдерге қабылдау-тапсыру кезінде медициналық куәландыру нәтижелері _____

2) 16 жаста медициналық куәландыру кезінде: _____

3. Бастапқы әскери есепке қойылған кезде медициналық куәландыру нәтижелері:

4. "Әскерге шақырылушыны зерделеу парағының" деректері бойынша денсаулық жағдайы туралы мәліметтер (ата-анасынан, жақын туыстарынан ішкі істер органдарынан және т.б.) _____

5. Зиянды әдеттері туралы мәліметтер (темекі шегу, алкогольді, есірткі заттарын тұтыну)

6. Әскери қызметке шақыру барысында әскерге шақырылушының денсаулық жағдайын медициналық куәландыруды бағалау нәтижелері (әскерге шақырылушы қосымша медициналық тексерілуге жіберілді ме, денсаулық жағдайы бойынша әскери қызметке шақырудан кейінге қалдыру берілді ме, қандай аурулар бойынша, қай мерзімге және неше рет) _____

3-бөлім

Қорғаныс істері жөніндегі басқарманың (бөлімнің) қарап-тексеру нәтижелері

1. Науқастану (науқастанулар) қашан анықталуға тиіс _____

2. Қандай себептер бойынша осы науқастану әскерге шақырылушыны әскери қызметке жөнелткенге дейін анықталмады _____

3. Денсаулық жағдайы бойынша негізсіз әскерге шақырылу жағдайларын болдырмау бойынша қабылданған шаралар _____

_____ қорғаныс істері жөніндегі басқармасының (бөлімінің) бастығы

(әскери атағы, тегі, атының инициалы, қолы)

М.О.

Дәрігерлік комиссия төрағасы:

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

20 ____ ж. " ____ " _____

4-бөлім

Қорғаныс істері жөніндегі департаменттің денсаулық жағдайы бойынша әскери қызметке негізсіз шақырудың нақты себептерін анықтау бойынша тергеп-тексеру сапасын қарау және бағалау нәтижелері

1. Қорғаныс істері жөніндегі департаментті бастығының азаматты әскери қызметке шақыру негізділігі туралы пікірі _____

2. Азаматты әскери қызметке негізсіз шақыру себебі туралы алдын ала қорытынды

3. Қорғаныс істері жөніндегі департамент бастығының денсаулық жағдайы бойынша әскери қызметке негізсіз шақыруға жол бермеу бойынша қабылдаған шаралар

4. Әскерлерден негізсіз қайтарылған жағдайда қорғаныс істері жөніндегі департамент осыны дәлелдейтін қандай медициналық құжаттарды штаттық ӘДК-ға ұсынды _____

Қорғаныс істері жөніндегі департамент бастығы:

—

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

М.О.

Дәрігерлік комиссия төрағасы:

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

М.О.

Облыстың бас _____

(маманы)

20 ___ ж. " ___ " _____

(қолы, атының инициалы, тегі)

5-бөлім

Денсаулық жағдайы бойынша әскери қызметке негізсіз шақыру себебі және тергеп-тексеру нәтижелері туралы штаттық ӘДК-ның түпкілікті қорытындысы

1. Денсаулық жағдайы бойынша әскери қызметке негізсіз шақыру себебі

2. Денсаулық жағдайы бойынша негізсіз әскери қызметке шақырудың нақты себептерін анықтау бойынша жүргізілген тергеп-тексеру сапасы _____

Штаттық ӘДК төрағасы _____

М.О. _____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

20 __ ж. " ____ " _____

Ескертпе: I, II, III бөлімдерді қорғаныс істері жөніндегі басқарма (бөлім) толтырады; IV бөлімді облыстың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың қорғаныс істері жөніндегі департаменттері толтырады. I, II, III және IV толтырылған бөлімдері бар карта ОӘДК-ға 3 данада жолданады. V бөлімді ОӘДК толтырады.

7-нысан

Фотосуретке арналған орын
(қорғаныс істері жөніндегі
бөлімнің (басқарманың), әскери
бөлімнің елтаңбалық мөрі)

Әскери оқу орнына түсетін азаматты медициналық куәландыру картасы

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы _____

(әскери қызметші үшін әскери атағы көрсетілсін)

2. Тұрғылықты жері (мекенжайы) _____

(әскери қызметшілер үшін – мекенжайы мен әскери бөлімнің шартты атауы)

3. Шалдыққан аурулар, оның ішінде соңғы 12 ай ішінде инфекциялық науқастанулар _____

4. Дәрі-дәрмек құралдарын және басқа да заттарды көтере алмайтыны (жоғары сезімталдығы) туралы мәліметтер _____

5. Диспансерлік есепте (бақылауда) болуы туралы мәліметтер _____

6. Кандидат оқуға түсуді жоспарлаған ӘОО атауы _____

7. Қарап-тексеру нәтижелері:

	Ауданда (немесе облыста) алдын ала медициналық куәландыру 20 __ ж. " __ " _____	Түпкілікті медициналық 20 __ ж. " __ " _____
Шағымдар мен анамнез		
Жалпы қан талдауы		
Мерезге микропреципитация реакциясы (микрореакция)		
Жалпы несеп талдауы		
Мұрын қосалқы қуыстарының рентгенограммасы		
ЭКГ-зерттеу		
Кеуде қуысы органдарының флюорографиясы		
Нәжісті гельмит жұмыртқаларына зерттеу		
В және С вирусты гепатиттерінің маркерлеріне қан талдауы		
Қантқа қан талдауы		

АИТВ-инфекциясына қан талдауы										
Басқа да зерттеулер										
Антропометрия	Бойы		Қол ұзынд.	Аяқ ұзынд.	Дене салмағы	ДСИ	Бойы		Қол ұзынд.	Аяқ ұзынд.
	тұрып	отырып					тұрып	отырып		
Қол динамометриясы (оң/сол қол)										
Дене динамометриясы										
Терапевт										
Эндокринді жүйе										
Жүрек-қан тамыр жүйесі										
Функционалдық сынама	тыныштықта	жүктемеден кейін	2 мин кейін				тыныштықта	жүктемеден кейін	2 мин к	
бір минутта тамыр соғысы										
артериялық қан қысымы										
Тыныс алу мүшелері										
Ас қорыту мүшелері										
Бүйрек										
Көкбауыр										
Жүрек және қалқанша безінің УДЗ										
Диагнозы										
Қорытынды										
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы										
Хирург										
Лимфа түйіндері										
Сүйек-бұлшық ет жүйесі										
Перифериялық қан тамырлары										
Несеп-жыныс жүйесі										
Анус және тік ішек										
Диагнозы										
Қорытынды										
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы										
Невропатолог										
Бассүйек-ми жүйкелері										
Қозғалыс аясы										
Рефлекстер										
Сезімталдығы										
Вегетативті нерв жүйесі										

Арнайы зерттеулер (ЭХОЭГ, ЭЭГ және т.б.)				
Диагнозы				
Қорытынды				
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы				
Психиатр				
Қабылдау				
Интеллектуалды-мнестикалық аясы				
Эмоционалды-ерік аясы				
Диагнозы				
Қорытынды				
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы				
Окулист				
	оң көз	сол көз	оң көз	сол көз
Түсті сезіну				
Түзетулерсіз көру жітілігі				
Түзетулермен көру жітілігі				
Скиаскопиялық рефракция				
Бинокулярлық көру				
Анық көрудің жақын нүктесі				
Жас жолдары				
Қ а б а қ т а р м е н конъюнктивалар				
Көз алмаларының орналасуы мен қозғалысы				
Көз қарашықтары мен олардың реакциясы				
Оптикалық орта				
Көздің түбі				
Диагнозы				
Қорытынды				
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы				
Оториноларинголог				
Сөйлеу				
Мұрынмен тыныс алу	оң	сол	оң	сол
Сыбырлап сөйлеуді қабылдап сезінуі				
Құлақ барофункциясы				

Вестибулярлық аппарат функциялары		
Иіс сезу		
Арнайы зерттеулер		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Стоматолог		
Тістүйіс		
Ауыздың сілемейлі қабықшасы		
Тістер (формула)		
Қызыл иектер		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Дерматовенеролог		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Басқа да дәрігер-мамандар		
Диагнозы, қорытынды, күні, дәрігердің тегі, атының инициалы		

8. Әскери-дәрігерлік комиссиялар қорытындылары:

1) әскери-дәрігерлік комиссия алдын ала медициналық куәландырған кезде

(ӘДК атауы көрсетілсін)

ҚР Қорғаныс министрінің 20___ жылғы "___" _____ бұйрығымен бекітілген

Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайының сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____

бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы негізінде _____

М.О. Комиссия төрағасы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия хатшысы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссияның пошталық мекенжайы:

2) әскери-дәрігерлік комиссия түпкілікті медициналық куәландырған кезде

(ӘДК атауы көрсетілсін)

ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "___" _____ бұйрығымен бекітілген

Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында қызмет

ету үшін адамдардың денсаулық жағдайының сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____

бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы негізінде _____

М.О. Комиссия төрағасы _____

(әскери атағы, қолы, аты-жөнінің бас әріптері, тегі)

Комиссия хатшысы _____

(әскери атағы, қолы, аты-жөнінің бас әріптері, тегі)

Комиссияның пошталық мекенжайы _____

Ескертпе: Мектептерге (Жас ұлан, РӘМИ) және әскери кафедраларға оқуға түсетін кандидаттар (студенттер) үшін тек "түпкілікті медициналық куәландыру" деген баған толтырылады.

8-нысан

Әскери-медициналық мекеменің
(әскери-дәрігерлік комиссияның)
бұрыштамалық мөртаңбасы

№ _____ медициналық куәландыру туралы анықтама

20 __ жылғы " __ " _____, _____

жіберуі бойынша

(лауазымды адам, құжат нөмірі, күні, жіберілу мақсаты мен себебі көрсетілсін)

_____ әскери-дәрігерлік (дәрігерлік-ұшқыштар) комиссиясы куәландырды:

(ӘДК, ДҰК атауы)

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

2. Туған жылы _____, Қарулы Күштерде _____ бастап

(айы мен жылы)

3. Әскери атағы _____

4. Атқаратын лауазымы _____

5. Мамандығы _____

6. Әскери бөлім _____

7. Әскери қызметке шақырылды (келісімшарт бойынша түсті) _____

(қорғаныс істері жөніндегі

_____ бөлім (басқарма) әскери қызметке шақырды, келісім шарт бойынша түскен айы мен жылы көрсетілсін)

8. Әскери қызметшінің қызметтік міндеттері туралы мәліметтер (әскери қызметке жарамдылығын айқындаған кезде толтырылады) _____

_____ (әскери бөлімнен (мекемеден) берілген құжатқа сәйкес мәліметтер көрсетілсін: денсаулық жағдайының әскери қызмет міндеттерін орындауға әсері, әскери қызметшінің әскери қызметті жалғастыруға ниеті және әскери қызметшінің әскери қызметте қалдырудың мақсатқа сәйкестігі туралы қолбасшылықтың пікірі)

9. ӘДК (ДҰК) қорытындысы:

1) диагнозы _____

2) мертігудің (жараланудың, жарақаттанудың, контузия алудың),
науқастанудың себепті байланысы: _____

ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "___" _____ бұйрығымен
бекітілген Әскери-дәрігерлік сараптаманы жүргізу қағидаларының _____ тармағы
негізінде;

3) әскери қызметке жарамдылық санаты (әскери мамандығы бойынша
қызметке, ұшу жұмысына және т.б. жарамдылығы): _____

ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "___" _____ бұйрығымен
бекітілген Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери
құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайының сәйкес
келуіне қойылатын талаптардың _____ бағаны _____ тармағының _____
тармақшасы негізінде _____

М.О. Комиссия төрағасы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия мүшелері _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия хатшысы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссияның пошталық мекенжайы _____

Штаттық әскери-дәрігерлік комиссия қорытындысы:

9-нысан

Фотосуретке арналған орын
(қорғаныс істері жөніндегі
бөлімнің (басқарманың), әскери
бөлімнің елтаңбалық мөрі)

**Келісімшарт бойынша әскери қызметке кіретін азаматты медициналық
куәландыру картасы**

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы _____

(запастағы әскери қызметшінің әскери атағы көрсетілсін)

2. Тұрғылықты жері (мекенжайы) _____

3. Соңғы 12 ай ішінде шалдыққан науқастанулары, оның ішінде инфекциялық науқастанулары

4. Дәрі-дәрмек құралдарын және басқа да заттарды көтере алмайтыны (жоғары сезгіштігі) туралы мәліметтер _____

5. Диспансерлік есепте (қадағалауда) тұрғаны туралы мәліметтер _____

6. Әскер тегі, әскери-есептік мамандығы (әскери лауазымы) _____

7. Диспансерлерде есепте тұрған жай-күйі туралы мәліметтер: _____

(есепке алу белгісі, медициналық денсаулық сақтау ұйымының мөртаңбасы)

Психикалық _____

Наркологиялық (есірткі заттарына тестілеу нәтижелерімен) _____

Туберкулезге қарсы _____

Тері-венерологиялық _____

8. Зерттеу нәтижелері:

Зерттеулер	Жүргізілген күні	Нәтижесі
Бойы/дене салмағы, ДСИ		
Жалпы қан талдауы		
Мерезге ция реакциясы (микрореакция)	микрореципиат-	

Жалпы несеп талдауы		
ЭКГ зерттеулері		
Кеуде тіндері органдарының флюорографиясы		
Мұрынның қосалқы қуыстары рентгенограммасы;		
В, С вирусты гепатиттерінің маркерлеріне арналған қан талдауы		
АИТВ-ға қан талдауы		
Көздің ішкі қысымын өлшеу		
40 жастан асқандарға қантқа қан талдауы		
Оң/сол қол динамометриясы		
Есірткі заттарына зерттеу		
Басқа да зерттеулер		
9. Қуәландыру нәтижелері		
Қарап-тексеру	Нәтижелері	
Терапевт:		
Шағымдар мен анамнездер		
Эндокринді жүйе		
Жүрек-қан тамырлары жүйесі		
Функционалдық сынама	тыныштықта	жүктемеден кейін
бір минутта тамыр соғысы		2 мин кейін
артериялық қан қысымы		
Тыныс алу мүшелері		
Ас қорыту мүшелері		
Бүйрек		
Көкбауыр		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, қолы, дәрігердің тегі, аты-жөнінің бас әріптері		
Хирург:		
Лимфа түйіндері		
Сүйек-бұлшықет жүйесі		
Перифериялық тамырлар		
Несеп-жыныс жүйесі		
Анус және тік ішек		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Невропатолог:		
Бассүйек-ми жүйкелері		
Қозғалыс аясы		
Рефлексстер		
Сезімталдығы		

Вегетативті жүйке жүйесі		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Психиатр:		
Қабылдау		
Интеллектуалды-мнестикалық аясы		
Эмоционалды-ерік аясы		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Окулист:		
	оң көз	сол көз
Түсті сезіну		
Түзетулерсіз көру жітілігі		
Түзетулермен көру жітілігі		
Скиаскопиялық рефракция		
Бинокулярлық көру		
Анық көрудің жақын нүктесі		
Жас жолдары		
Қабақтар мен конъюнктивалар		
Көз алмаларының орналасуы мен қозғалысы		
Көз қарашықтары мен олардың реакциясы		
Оптикалық орта		
Көздің түбі		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Оториноларинголог:		
Сөйлеу		
Мұрынмен тыныс алу		
Сыбырлап сөйлеу		
Құлақ барофункциясы		
Вестибулярлық аппарат функциялары		
Иіс сезу		
Диагнозы		
Қорытынды		
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы		
Стоматолог:		
Тістүйіс		
Ауыздың сілемейлі қабықшасы		
Тістер		

Қызыл иектер	
Диагнозы	
Қорытынды	
Күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы	
Дерматовенеролог:	
Диагнозы	
Қорытынды	
Күні, қолы, дәрігердің тегі, аты-жөнінің бас әріптері	
Басқа да маман дәрігерлер:	
Диагнозы, қорытынды, күні, дәрігердің қолы, тегі, атының инициалы	

10. Түпкілікті медициналық куәландырған кезде _____

(ӘДК атауы көрсетілсін)

Қазақстан Республика Қорғаныс министрінің 20__ жылғы " __ " _____ бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайының сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____ бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы негізінде _____

М.О. Комиссия төрағасы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия хатшысы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

20__ жылғы " __ " _____

Комиссияның пошталық мекенжайы _____

Ескертпе: Барлық тармақтарды толтыру міндетті.

10-нысан

Әскери бөлімнің (мекеменің)

бұрыштамалық мөртаңбасы

_____ бастығына (командиріне)

(әскери-медициналық мекеме көрсетілсін)

Медициналық куәландыруға жолдама

1. _____

(медициналық куәландыру мақсаты, сондай-ақ ӘДК-ға (ДҰК-ға) жіберу себебі көрсетілсін: денсаулық жағдайы бойынша, әскери қызмет өткеру үшін жаңа келісімшарт жасасу, әскери қызметте болу уақытында шекті жасқа жетуі бойынша, ұйымдық-штаттық іс-шаралар бойынша алдағы уақытта әскери қызметтен босатылу және т.б.)

_____ үшін медициналық куәландырылуға

(емделуге немесе қарап-тексерілуге) жіберіледі

2. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

3. Әскери атағы _____

4. Туған жылы _____

5. Әскери бөлім _____

6. Мамандығы _____

7. Әскери қызметке шақырылды (келісімшарт бойынша түсті) _____

(қорғаныс істері жөніндегі басқарма (бөлім), әскери қызметке шақырылған, келісімшарт бойынша түскен айы мен жылы көрсетілсін)

8. Алдын ала диагнозы _____

9. Жіберілген күн _____

10. ӘДК (ДҰК) қорытындысын _____

(әскери бөлімнің немесе кадр органының

_____ жолдауыңызды сұраймын.

атауы мен пошталық мекенжайы)

Командир (бастық) _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

М.О

(әскери бөлімнің
(мекеменің) бұрыштамалық
мөртаңбасы)

Ескертпе: 1. Қарулы Күштердің қызметшілерін медициналық куәландыруға жіберген кезде медициналық куәландыру мақсаты, жіберу себебі, тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы, лауазымы, мамандығы көрсетілсін. 3,7-тармақтар толтырылмайды. 1. Әскери қызметшілерді ДШӘ-да, ӘТК-да және АМБ-да әскери қызмет өткеруіне жарамдылығын айқындау үшін медициналық куәландыруға жіберу кезінде 11-тармақта олардың арнайы мақсаттағы, теңіз жаяу әскері, десанттық-шабылдау және барлау бөлімшелеріне, жауынгерлік жүзушілерге және сүңгуірлер құрамына, сондай-ақ корабльдер мен кемелер экипажына тиесілігі не парашютпен секіруге, танкілер мен басқа да машиналарды суасты жүргізуге, сондай-ақ теңізге шығуға тартылатыны көрсетіледі. 2. Әскери оқу орындарының курсанттарын медициналық куәландыруға жіберген кезде 11-тармақта әскери қызмет өткеруге келісімшарт жасалған күні көрсетіледі.

11-нысан

Әскери қызметшінің қызметтік істері туралы мәліметтер

Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

Әскери атағы _____

Туған жылы _____

Әскери бөлім _____

Атқаратын лауазымы, қай уақыттан бастап _____

Білімі _____

(оқу орынының атауы және оны бітірген жылы көрсетілсін)

1) Атқаратын лауазымы бойынша әскери қызметшінің әскери қызмет міндеттерін орындайтын сипаты туралы мәліметтер _____

(әскери қызметші қызметінің негізгі бағыттары,

іссапарларға, далалық шығуларға шығу жиілігі, тәуліктік нарядта (кезекшілікте) қызмет өткеру, оларды, оның ішінде кәсіби даярлық (дене, саптық даярлық және т.б.) және

тағы басқа пәндер бойынша нормативтерді орындау сапасы көрсетілсін)

2) Денсаулық жағдайының әскери қызмет міндеттерін орындау сапасына әсері _____

(әскери қызметшінің денсаулық жағдайының оның әскери қызмет міндеттерін

орындау, әсіресе далалық шығулар, іссапарлар, тәуліктік нарядтар (кезекшіліктер) кезіндегі,

кәсіби даярлық (дене, саптық даярлық және т.б.) және тағы басқа пәндер бойынша

нормативтерді тапсыру ықпалының дәрежесі көрсетілсін)

3) Сипаттамалық ерекшеліктер _____

(денсаулық жағдайын бағалау үшін құндылығы бар: жадының,

ойлаудың, бейімделу қабілетінің және басқа да ерекшеліктері көрсетілсін)

4) Әскери қызметшінің әскери қызметті жалғастыруға ниеті _____

5) Әскери қызметшінің әскери қызметте қалдыру мақсаттылығы туралы қолбасшылықтың пікірі _____

(әскери қызметшіні әскери қызметте қалдыру

мақсаттылығы немесе мақсатсыздығы туралы қолбасшылықтың дәлелді пікірі)

Командир (бастық) _____

(әскери бөлім (мекеме), әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

М.О

(әскери бөлімнің
(мекеменің) бұрыштамалық
мөртаңбасы)

Ескертпе: Мәліметтерді әскери қызметшінің тікелей командирі (бастығы) жасайды және әскери бөлімнің командирі (мекеме бастығы) қол қояды. Мәліметтер әскери бөлімнің (мекеменің) мөрімен куәландырылады.

12-нысан

Әскери қызметшінің денсаулық жағдайы туралы мәліметтер

Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

Әскери атағы _____

Туған жылы _____

Әскери бөлім _____

1) Қай уақыттан бастап медициналық қадағалауда _____

2) Бұрынғы ӘДК қорытындылары (болған кезде) _____

(күні, өту орны, ӘДК қорытындысы, әскери

_____ қызметке шектеулі жарамдылығы немесе жарамсыздығы кезінде – ӘДК шешімін іске асыру көрсетіледі)

3) Бұрынғы ТМТ қорытындылары _____

(күні, өту орны, ТМТ қорытындысы, диспансерлік есепте

болу жағдайы, емдеу-сауықтыру шараларының тиімділігі)

4) Медициналық көмекке жүгінулер _____

(әрбір жағдай бойынша жеке, күні, емделу орны, диагнозы,

емделудің аяқталуы және алдыңғы 3 жылға жалпы еңбекке жарамсыздық күндері көрсетіледі)

5) Шағымдар, науқастану анамнезі, объективті деректер _____

(шағымдар, науқастану анамнезі, объективті

деректер және әскери қызметшінің денсаулық жағдайын сипаттайтын басқа да мәліметтер көрсетіледі)

6) Дәрігердің әскери қызмет міндеттерін орындауға әскери қызметшінің денсаулық жағдайының ықпал етуін бағалау _____

(әскери қызмет міндеттерін орындауға денсаулық

жағдайы ықпалының дәрежесі көрсетіледі)

Медицина қызметінің бастығы _____

(әскери атағы, қолы, аты-жөнінің бас әріптері, тегі)

М.О

(әскери бөлімнің

(мекеменің) бұрыштамалық

мөртаңбасы)

Ескертпе: Мәліметтерді бөлім медицина қызметінің бастығы (дәрігер, фельдшер), штат бойынша медициналық қызметкерлер көзделмегенде – медициналық қамтамасыз етуге тіркеу орны бойынша жасалады. Мәліметтер құжатты жасаған сол әскери бөлімнің (мекеменің) мөрімен куәландырылады.

13- нысан

Әскери бөлімнің

(мекеменің)

бұрыштамалық

мөртаңбасы

Мертігу (жаралану, жарақаттану, контузия алу) туралы анықтама

(әскери атағы, тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы)

_____ 20 _____ ж. " _____ " _____

(мертіккен (жараланған, жарақаттанған, контузия алған) кездегі жағдайлар және оның түрі, сипаты, _____

_____ оқшаулау көрсетілсін)

Мертігу (жаралану, жарақаттану, контузия алу):

1) әскери қызмет міндеттерін орындау кезінде;

2) әскери қызмет міндеттерін орындаумен байланысты емес, сәтсіз жағдай нәтижесінде алынды

(керегінің асты сызылсын, керек емесі сызылып тасталсын).

Анықтама _____ ұсыну үшін берілді.

(анықтама ұсынылатын мекеме, ұйым атауы)

Командир (бастық) _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

М.О

(әскери бөлімнің (мекеменің)

бұрыштамалық мөртаңбасы)

14-нысан

Әскери-медициналық

мекеменің

бұрыштамалық

мөртаңбасы

Маманның еңбек шарттары мен жұмыс орнының санитариялық-гигиеналық сипаттама картасы

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

2. Жасы (толық жыл) _____

3. Әскери атағы _____

4. Әскери бөлім _____

5. Әскери-есептік мамандығы _____

6. Әскери-есептік мамандық бойынша қызмет (оның ішінде осы әскери бөлімде) _____

(жыл, ай)

7. Қорғау шараларын сақтау:

1) дербес _____

(сақталды, сақталмады)

2) ұжымдық _____

(сақталды, сақталмады)

№	Жұмыс орнының атауы	Орын-далатын жұмыс	Негізгі кәсіби зияндылық сипаты			Қосымша факторлар, өлшем бірлігіндегі атауы, жұмыс ауысымына ықпал ету ұзақтығы, айы, жылы	Ескертпе
			Кәсіби зияндылық атауы	Өлшем бірлігіндегі мөлшері (шоғырлану, деңгейі, саны)	Қосымша факторлар, өлшем бірлігіндегі атауы, жұмыс ауысымына ықпал ету ұзақтығы, айы, жылы		
1	2	3	4	5	6	7	8

9. Кәсіби зияндылықтың организмге ықпал етуі туралы қорытынды (жүйелі түрде, кезең-кезеңімен, төтенше жағдайларда)

Командир (бастық) _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Медицина қызметінің бастығы _____

(Әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Санитариялық-эпидемиологиялық мекеменің дәрігер-маманы _____

(Әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Толтыруға түсініктеме:

1. Картада "қызмет бабында пайдалану үшін" белгісінен жоғары емес деректер келтіріледі.

2. Фактор мөлшері санитариялық-эпидемиологиялық мекеме дәрігерлерінің жұмыс орнын (нысанын) қарап-тексеру актісі деректері, объектінің санитариялық паспорты және осы факторлар деңгейін (шоғырлануын) өлшеу деңгейін есепке алу журналы негізінде көрсетіледі. 5-бағанда факторлардың ең аз және ең көп мөлшері жазылады.

8-бағанда тергеп-тексеру нөмірі мен күнін көрсетумен авариялық жағдай, сондай-ақ картадан есепке алынбаған басқа да жағдайлар белгіленеді.

15- нысан

Фотосуретке арналған орын
(қорғаныс істері жөніндегі
бөлімнің (басқарманың)
елтаңбалы мөрі)

Запастағы азаматты медициналық куәландыру КАРТАСЫ

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

2. Туған күні _____

3. Әскери атағы _____

4. Әскери-есептік мамандық _____

5. Куәландыру нәтижелері:

	20__ ж. " __ " _____	20__ ж. " __ " _____
Зерттеулер		
Жалпы қан талдауы		
Жалпы несеп талдауы		
Мерезге микропреципитация реакциясы (микрореакция)		
ЭКГ зерттеулері		

Кеуде қуысы мүшелерінің флюорографиясы		
Мұрынның қосалқы қуыстарының рентгенограммасы		
Көздің ішкі қысымы		
Қантқа қан талдауы		
Басқа да мәліметтер (зерттеулер)		
Дене бойы/салмағы		
Дәрігер-мамандар		
Хирург		
Терапевт		
Невропатолог		
Окулист		
Оториноларинголог		
Стоматолог		
Диагноз		
ӘДК қорытындысы М.О.	<p>ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "____" _____ бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайына сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____ бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы _____ негізінде</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ӘДК төрағасы _____</p> <p>_____</p> <p>әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі</p> <p>ӘДК хатшысы _____</p> <p>_____</p> <p>қолы, атының инициалы, тегі</p>	<p>ҚР Қорғаныс министрінің 20__ жылғы "____" _____ бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасының ҚК-да, басқа да әскерлері мен әскери құралымдарында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайына сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____ бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы _____ негізінде</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ӘДК төрағасы _____</p> <p>_____</p> <p>әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі</p> <p>ӘДК хатшысы _____</p> <p>_____</p> <p>қолы, атының инициалы, тегі</p>

16-нысан

Штаттық ӘДК сарапшысының қорытындысы

1. Қаралатын мәселе _____

(сараптамалық құжатты бекіту немесе бақылау көрсетілсін)

2. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты _____

3. Туған жылы _____ 3. Әскери атағы _____

4. Әскери бөлім _____

5. Қаралған құжаттар:

1) науқастану тарихы _____

(нөмірі, күні, қайдан келгені көрсетілсін)

2) науқастану туралы куәлік, анықтама _____

(нөмірі, күні, қайдан келгені көрсетілсін)

3) басқа да құжаттар _____

(медициналық кітапша, жарақаттануы туралы анықтама және басқалар)

6. Қаралатын мәселе бойынша ескертулер:

1) науқастану тарихын жүргізу бойынша: _____

2) емдеу-диагностикалау іс-шараларын жүргізу бойынша: _____

3) сараптамалық диагноз бойынша: _____

4) сараптамалық құжатты және (немесе) ӘДК қорытындысын ресімдеу бойынша: _____

7. Сарапшы қорытындысы _____

8. Нұсқаулар:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Дәрігер-маман _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

20 __ ж. " __ " _____

Бөлімше бастығы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

20 __ ж. " __ " _____

Комиссия төрағасы (комиссия төрағасының орынбасары)

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

17-нысан

Әскери-медициналық
мекеменің (әскери-дәрігерлік
комиссияның)
бұрыштамалық мөртаңбасы

Соттың айқындауы бойынша анықтама

(сот атауы, № , күні)

20 __ ж. " __ " _____ әскери-дәрігерлік комиссиясы (дәрігерлік-ұшқыштар комиссиясы) _____

(ӘДК, ДҰК атауы)

1. Тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, _____

2. Туған күні _____

3. Әскери атағы _____ әскери бөлімі _____

4. Атқаратын лауазымы _____

5. Қарап-тексеру нәтижелері (қорытындылар) _____

20 __ ж. _____ № _____ хаттама

Комиссия төрағасы _____

М.О. _____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия хатшысы _____

_____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссияның пошталық мекенжайы _____

Ескертпе. Анықтама нөмірі куәландырылушы жазылған әскери-дәрігерлік комиссия отырыстарының хаттамалары кітабының реттік нөміріне сәйкес келеді.

18-нысан

ДҰК-дан өткені туралы куәлік

_____ (әскери атағы, тегі, аты, болған кезде әкесінің аты, туған жылы, әскери бөлім)

20 ____ ж. " ____ " _____

_____ (ӘДК атауы)

әскери-дәрігерлік комиссиясы куәландырған кезде Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасының мемлекеттік авиациясында қызмет ету үшін адамдардың денсаулық жағдайына сәйкес келуіне қойылатын талаптардың _____ бағаны _____ тармағының _____ тармақшасы негізінде _____

_____ (ұшу жұмысына жарамдылық дәрежесі көрсетілсін)

Диагнозы _____

Комиссия төрағасы _____

М.О. _____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия хатшысы _____

_____ (әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Бөлім дәрігері толтырады:

Кезекті демалысты өткізу уақыты _____

Тереңдетілген қарап-тексеру _____

Артериалдық қан қысымы, тамырдың аялық деректері _____

19-нысан

Штаттық ӘДК отырысының № _____ хаттамасы

20 __ ж. " __ " _____

(мертігудің (жараланудың, жарақаттанудың, контузия алудың),
науқастанудың

себепті байланысын айқындау бойынша)

1. _____

_____ (шағымның, хаттың, арыздың, өтініштің нөмірі, құжаттың күні,
кімнен, қандай мәселе бойынша _____

_____ қаралды. келіп түскені көрсетілсін)

2. Қаралған құжаттар (олардың күнін, нөмірін көрсете отырып, жеке басын
куәландыратын, әскери қызмет өткергені туралы, мұрағаттық, медициналық
және басқа да барлық қаралған құжаттар атап өтілсін):

1) _____

2) _____

3) _____

3. Анықталды:

Тегі _____

Аты _____ Әкесінің аты (болған кезде) _____

Туған жылы _____ Әскери атағы _____

Қарулы Күштерде әскери қызмет (әскери жиын) өткергені туралы деректер:

(әскери қызметке кірген күні, айы, жылы, кім әскерге шақырды және іріктеді,
жауынгерлік іс-қимылдарға, қарулы жанжалдарға, армияға, Чернобыль АЭС-дегі

авариялар салдарын жою жөніндегі жұмыстарға, радиациялық қатер аймақтарына және т.б. қатысу кезеңі көрсетілсін) Әскери бөлім және әскери қызмет өткеру кезеңі _____

4. Босатылған күні мен негіздеме _____

5. Қаралатын мәселе бойынша ӘДК жасау негіздемесі _____

а) Диагнозы: _____

б) себепті байланысы _____

Дәрігер-маман _____

(тегі, атының инициалы, қолы)

6. Штаттық әскери-дәрігерлік комиссия қорытындысы _____

а) Диагнозы: _____

б) себепті байланысы _____

7. Комиссия мүшелерінің дауыс беру нәтижелері:

"ИӘ" – _____ "ҚАРСЫ" – _____

(Комиссия мүшелерінің ерекше пікірі хаттамаға қоса беріледі)

Комиссия төрағасы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Комиссия мүшелері _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

Штаттық ӘДК қорытындысы _____

(мекен-жайы, күні, шығыс № көрсетілсін)

_____ жіберілді.

Құжаттар № _____ іске _____ том _____ бетке тігілді

Комиссия хатшысы _____

20-нысан

Бір рет беріледі, көшірмелерді пайдаланыңыз!

Әскери-дәрігерлік

комиссияның

бұрыштамалық

мөртаңбасы

**ҚР ҚМ ОӘДК-ның науқастанудың, мертігудің себепті байланысы туралы
қортындысы**

Науқастану, _____

(әскери атағы, тегі, аты, болған кезде әкесінің аты)

_____, _____

(туған жылы)

"

(науқастану диагноздары)

_____ "

_____ ,

(науқастанудың себепті байланысы)

20 ___ ж. "___" _____ № ___ хаттама

Комиссия төрағасы _____

(әскери атағы, қолы, атының инициалы, тегі)

М.О

(мекеменің

елтаңбалы

мөрі)