

О внесении изменений в приказ Министра обороны Республики Казахстан от 2 июля 2015 года № 373 "Об утверждении Правил проведения военно-врачебной экспертизы и Положения об органах военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Казахстан"

Утративший силу

Приказ Министра обороны Республики Казахстан от 23 декабря 2019 года № 1058. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26 декабря 2019 года № 19761. Утратил силу приказом Министра обороны Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № 716.

Сноска. Утратил силу приказом Министра обороны РК от 21.12.2020 № 716 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра обороны Республики Казахстан от 2 июля 2015 года № 373 "Об утверждении Правил проведения военно-врачебной экспертизы и Положения об органах военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11846, опубликован в информационно-правовой системе "Әділет" от 26 августа 2015 года) следующие изменения:

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего заместителя Министра обороны Республики Казахстан".

в Правилах проведения военно-врачебной экспертизы, утвержденных указанным приказом:

пункт 95 изложить в следующей редакции:

"95. При наличии у старшего, высшего сержантского и офицерского состава, заболеваний по которым в соответствии с Требованиями предусматривается индивидуальная оценка категории годности к воинской службе, выносится заключение "Годен к воинской службе с незначительными ограничениями", за исключением случаев:

- 1) достижения предельного возраста состояния на воинской службе;
- 2) диагностирования отягощающих друг друга трех и более заболеваний, по которым в соответствии с Требованиями предусматривается индивидуальная оценка категории годности к воинской службе.

В указанных случаях выносится заключение "Ограниченно годен к воинской службе".

При наличии у курсантов, обучающихся на выпускном курсе, заболеваний по которым в соответствии с Требованиями предусматривается индивидуальная оценка категории годности к воинской службе, ВВК выносит заключение "Годен к воинской службе с незначительными ограничениями". В случаях диагностирования отягощающих друг друга трех и более заболеваний, по которым в соответствии с Требованиями предусматривается индивидуальная оценка категории годности к воинской службе, выносится заключение "Ограниченно годен к воинской службе".";

пункт 113 изложить в следующей редакции:

"113. Внеочередное медицинское освидетельствование военнослужащих ДШВ и ЧСН проводится по возвращению их из военно-медицинского учреждения (медицинской организации) после стационарного лечения по поводу заболеваний, предусматривающих изменение категории годности к службе в ДШВ (ЧСН), если они не освидетельствованы госпитальной ВВК.

Военнослужащие ДШВ и ЧСН на внеочередное медицинское освидетельствование направляются также по решению командира воинской части на основании заключения врача воинской части, врача-специалиста военно-медицинского учреждения.

При наличии у военнослужащих ДШВ и ЧСН заболеваний, по которым в соответствии с Требованиями предусматривается индивидуальная оценка категории годности к службе в ДШВ (ЧСН), заключение "Годен к службе в ДШВ (ЧСН)" выносится в случаях:

- 1) целесообразности сохранения военнослужащего на воинской службе, по мнению командования;
- 2) благоприятного прогноза заболевания;
- 3) положительного настроения освидетельствуемого на продолжение воинской службы.

В данном случае заключение выносится при наличии всех вышеперечисленных условий. Прогноз заболевания определяется с учетом характера заболевания, его начала, степени прогрессирования, обратимости процесса и возможных осложнений при выполнении военнослужащим обязанностей воинской службы.";

приложение 2 изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу;

в Положении об органах военно-врачебной экспертизы, утвержденном указанным приказом:

пункт 46 изложить в следующей редакции:

"46. Областная медицинская комиссия проводится на сборных пунктах в областных центрах, городов республиканского значения и столицы.

Врач, руководящий работой медицинского персонала, – председатель медицинской комиссии:

1) до начала медицинского освидетельствования:

проверяет оснащение кабинетов врачей-специалистов перечнем инструментария, медицинского и хозяйственного имущества, необходимого для медицинского освидетельствования на призывных (сборных) пунктах согласно приложению 1 к настоящему Положению;

уточняет место, время и порядок направления граждан на обследование (лечение);

инструктирует врачей-специалистов об организации и проведении медицинского освидетельствования граждан, разъясняет нормативные правовые акты по вопросам проведения ВВЭ;

докладывает председателю комиссии по призыву (приписке) на воинскую службу - заместителю руководителя местного исполнительного органа (акима) о недостатках в подготовке граждан к медицинскому освидетельствованию.

2) в период медицинского освидетельствования:

обеспечивает взаимодействие работы врачей-специалистов;

проверяет качество оформления, обоснованность вынесенных врачами-специалистами заключений и их соответствие Требованиям;

коллегиально с врачами, входящими в состав медицинской комиссии, выносит заключение медицинской комиссии о категории годности граждан к воинской службе и показателю предназначения по видам и родам войск;

ежедневно проверяет правильность ведения книги протоколов комиссии;

проверяет своевременность направления граждан на обследование (лечение) по ранее вынесенным заключениям;

ежедневно подводит итоги, анализирует результаты медицинского освидетельствования граждан и докладывает их председателю призывной комиссии;

дает разъяснения гражданам по вопросам медицинского освидетельствования при приписке к призывным участкам, призыве на воинскую службу;

принимает участие в разрешении жалоб и заявлений, связанных с медицинским освидетельствованием граждан."

2. Управлению начальника Тыла и вооружения Вооруженных Сил Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства обороны Республики Казахстан после его первого официального опубликования;

3) направление сведений в Юридический департамент Министерства обороны Республики Казахстан об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации.

3. Настоящий приказ довести до должностных лиц в части, их касающейся.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

М и н и с т р о б о р о н ы
Республики Казахстан Н. Ермакбаев

Министерство
Республики

" С О Г Л А С О В А Н "
здравоохранения
Казахстан

" " _____ 20 ____ года

Приложение к приказу
Министра обороны
Республики Казахстан
от 23 декабря 2019 года № 1035
Приложение 2
к Правилам проведения
военно-врачебной экспертизы
в Вооруженных Силах
Республики Казахстан

Формы медицинской документации, заполняемые при проведении ВВЭ (ВЛЭ)

Форма 1

Направление на обследование (лечение)

Гражданину _____

(фамилия, имя, при наличии отчество, год рождения)

Вы направляетесь для стационарного (амбулаторного) обследования (лечения) _____

(наименование лечебно-профилактической организации и адрес
о р г а н и з а ц и и)

В лечебно-профилактическую организацию явиться к _____ час. " _____ " _____

2 0 _ _ _ г .

Предварительный диагноз _____

МП Начальник управления (отдела) по делам обороны _____

(воинское звание, подпись, фамилия и инициалы) " _____ " _____ 20__ г.

(линия отреза)

Извещение

Кому _____

(должность руководителя организации, фамилия, имя, при наличии
о т ч е с т в о)

В соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 февраля 2012 года "О
воинской службе и статусе военнослужащих"

(фамилия, имя, при наличии отчество)
направляется для стационарного (амбулаторного) обследования (лечения) в _____

(наименование лечебно-профилактической организации и адрес организации)

В связи с этим прошу Вас предоставить время для прохождения курса
стационарного (амбулаторного) обследования (лечения).
Начальник управления (отдела) по делам обороны _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М П
" _____ " _____ 20__ г.

АКТ
исследования состояния здоровья

(фамилия, имя, при наличии отчество, дата рождения)
находился по направлению начальника отдела (управления) по делам обороны

(наименование отдела (управления) по делам обороны)
от " ____ " _____ 20 ____ г. № ____ на стационарном, амбулаторном (ненужное
з а ч е р к н у т ь)
обследовании в _____

(наименование организации здравоохранения, военно-медицинского
у ч р е ж д е н и я)
_____ с _____ по _____
_____ 2 0 _ _ _ г .

Жалобы _____

Анамнез _____

Данные объективного исследования _____

Результаты специальных исследований: _____

Диагноз: _____

Главный врач медицинской организации здравоохранения, начальник
военно-медицинского учреждения

(подпись, инициал имени, фамилия)

Заведующий (начальник) отделения _____

(подпись, инициал имени, фамилия)

М . П

Врач, проводивший обследование _____

(подпись, инициал имени, фамилия)

Почтовый адрес медицинской организации здравоохранения,
военно-медицинского учреждения

Форма 3
Место для фотографии
(гербовая печать отдела
(управления)
по делам обороны)

Лист медицинского освидетельствования

(фамилия, имя, при наличии отчество, дата рождения)

Жалобы _____

Анамнез

Данные объективного обследования

Результаты специальных исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных и других)

Диагноз:

Заключение врача-специалиста: на основании пункта ___ подпункта ___ графы

Требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в В С , других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, утвержденных приказом МО РК от " ___ " _____ 20 ___ г. № _____ ,

(указать категорию годности к воинской службе, показатель предназначения)

(подпись врача-специалиста, инициал имени, фамилия)
" ____ " _____ 20 ____ г.

Форма 4

**Книга протоколов заседаний военно-врачебной (врачебно-летней)
комиссии**

(наименование комиссии)

№ п/ п	Фамилия, имя, при наличии отчество, год рождения (день, месяц, год), воинское звание, занимаемая должность (летняя специальность), воинская часть, призван (поступил по контракту) на воинскую службу (указать каким О(У)ДО, город, район, день, месяц, год), кем направлен на медицинское освидетельствование (№, и дата направления), предыдущая ВЛК (дата и место прохождения)	Жалобы и краткий анамнез	Данные объективного обследования, результаты специальных обследований, диагноз и заключение ВВК (ВЛК) о причинной связи заболевания, увечья (ранения, травмы, контузии)	Заключение В В К о категории годности к воинской службе (к летной работе), службе по военно-учетной специальности и др.	Заключение штатной ВВК (ВЛК)

Форма 5

Угловой штамп
военно-медицинского учреждения
(военно-врачебной комиссии)

Свидетельство о болезни № _____

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

(наименование ВВК, ВЛК) по направлению _____

(указать должностное лицо, дату, номер документа, цель и причина направления)

о с в и д е т е л ь с т в о в а н :

1. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах с _____

(м е с я ц и г о д)

3. Военское звание _____

3-1. ИИН _____

4. Военская часть (вид, род войск, РгК) _____

5. Занимаемая должность _____

специальность _____

6. Призван (поступил по контракту) на воинскую службу _____

(указать У(О)ДО, месяц и год призыва, поступления на воинскую службу по
к о н т р а к т у)

7. Рост _____ см. Масса тела _____ кг. Окружность груди (спокойно) _____

8. Жалобы _____

9. Анамнез _____

(указать, когда возникло заболевание, когда и при каких обстоятельствах
п о л у ч е н о у в е ч ь е

(ранение, травма, контузия); наличие или отсутствие справки об увечье.

влияние болезни на исполнение обязанностей воинской службы, результаты
предыдущих м е д и ц и н с к и х

освидетельствований, применявшиеся лечебные мероприятия и их
э ф ф е к т и в н о с т ь ,
п р е б ы в а н и е в о т п у с к е п о

болезни, лечение в санаториях и др.)
10. Находился на обследовании и лечении _____

(указать учреждения здравоохранения, военно-медицинские

учреждения и время пребывания в них)
История болезни №____; Шифр _____; Код_____
11. Данные объективного исследования _____

12. Результаты специальных исследований (рентгенологических, лабораторных,
инструментальных и д р .) :

13. Сведения о служебной деятельности военнослужащего _____

(указать сведения согласно документу,

представленного из воинской части (учреждения):
влияние состояния здоровья на исполнение обязанности воинской службы,

н а с т р о й

военнослужащего к продолжению воинской службы и мнение командования о целесообразности сохранения военнослужащего на воинской службе)

14. Заключение ВВК (ВЛК) 1) диагноз

2) причинная связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания: на основании

пункта _____ Правил проведения военно-врачебной экспертизы, утвержденных приказом Министра обороны РК от " ____ " _____ 20__ г. № _____, _____

3) категория годности к воинской службе (годность к службе по воинской специальности, летной работе и др.) _____

на основании пункта ____ подпункта __ графы ____ Требований, предъявляемых к состоянию здоровья лиц для службы в ВС, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, утвержденных приказом Министра обороны РК от " ____ " _____ 20__ г. № ____

15. В сопровождающем (нуждается, не нуждается) ненужное зачеркнуть _____

(указать при необходимости количество сопровождающих,

вид транспорта, необходимость проезда в отдельном купе)

16. Особые отметки _____

Председатель комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М.П. Члены комиссии: _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Почтовый адрес комиссии _____

Заключение штатной военно-врачебной комиссии

Примечание: В экземплярах свидетельства о болезни (которые направляются в воинскую часть (учреждение), направившего военнослужащего на освидетельствование) сведения, изложенные в пунктах 8, 9, 11, 12 не указываются. При этом диагноз указывается по коду согласно международной классификации болезней (МКБ).

Свидетельства о болезни распечатывается на листах формата А4, шрифт "Times New Roman", размер шрифта не менее 12.

Форма 6

Карта изучения причин необоснованного призыва гражданина на воинскую службу по состоянию здоровья

Раздел 1

Общие сведения

1. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

2. Год рождения _____

3. Год и месяц призыва на воинскую службу _____

4. Какой призывной комиссией призван на воинскую службу _____

5. Дата отправки с областного сборного пункта _____

6. Какой военно-врачебной комиссией освидетельствован _____

(гарнизонной, госпитальной,

врачебной комиссией организации здравоохранения)

7. Дата и номер протокола заседания штатной ВВК об утверждении данного
свидетельства _____ о _____ болезни _____

8. Диагноз заболевания, подпунктов, пунктов, графы Требований,
предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в ВС, других
войсках _____ и _____ воинских
формированиях Республики Казахстан _____

9. Заключение ВВК о степени годности к воинской службе (по свидетельству о
болезни) _____ и
причинная связь _____

10. Данные анамнеза заболевания по свидетельству о болезни _____

Раздел 2

**Сведения о состоянии здоровья (перенесенных заболеваниях и
травмах)**

в допризывный период

1. По сведениям карты развития ребенка: _____

2. В период наблюдения подростковой службой:

1) при приеме-передаче из педиатрической службы системы здравоохранения в подростковую, по достижении 15-летнего возраста (результаты медицинского освидетельствования)

2) при медицинском освидетельствовании в 16 лет: _____

3. Результаты медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет: _____

4. Сведения о состоянии здоровья по данным "Листа изучения призывника" (от родителей, ближайших родственников, органов внутренних дел и так далее) _____

5. Сведения о вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотических средств)

6. Результаты оценки состояния здоровья призывника медицинского освидетельствования в ходе призыва на воинскую службу (направлялся ли призывник на дополнительное

медицинское обследование, представлялась ли отсрочка от призыва на воинскую
с л у ж б у п о
состоянию здоровья, по каким заболеваниям, на какой срок и сколько раз) _____

Раздел 3

Результаты расследования управления (отдела) по делам обороны

1. Когда должно было быть выявлено заболевание (заболевания) _____

2. По каким причинам данное заболевание не было выявлено до отправления
п р и з ы в н и к а н а
воинскую службу _____

3. Принятые меры по недопущению случаев необоснованного призыва по
с о с т о я н и ю
здоровья _____

Начальник управления (отдела) по делам обороны _____

(воинское звание, фамилия, инициалы, подпись)

М . П .
Председатель врачебной комиссии:

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

" ____ " _____ 20 ____ г.

Раздел 4

**Результаты рассмотрения и оценки качества расследования по
выявлению**

**истинных причин необоснованного призыва на воинскую службу по
состоянию**

здоровья департамента по делам обороны

1. Мнение начальника департамента по делам обороны об обоснованности
п р и з ы в а
гражданина на воинскую службу _____

2. Предварительный вывод о причине необоснованного призыва на воинскую
с л у ж б у _____ г р а ж д а н и н а

3. Меры, принятые начальником департамента по делам обороны по
н е д о п у щ е н и ю
необоснованного призыва по состоянию здоровья на воинскую службу _____

4. В случае необоснованности возврата из войск, какие медицинские документы,
доказывающие это, представлены в штатную ВВК департаментом по делам
о б о р о н ы

Начальник департамента по делам обороны:

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М . П .
Председатель _____ медицинской _____ комиссии:

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)
М . П .
Главный _____ области
(специалист)
" ____ " 20 ____ г. _____

(подпись, инициал имени, фамилия)

Раздел 5

Окончательный вывод штатной ВВК о причине необоснованного призыва на воинскую службу по состоянию здоровья и результатах расследования

1. Причина необоснованного призыва на воинскую службу по состоянию здоровья _____

2. Качество проведенного расследования по выявлению истинных причин необоснованного призыва на воинскую службу по состоянию здоровья _____

Начальник штатной ВВК _____

М.П. _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)
" ____ " _____ 20 __ г.

Примечание: Разделы I, II, III, заполняются управлением (отделом) по делам обороны; раздел IV заполняют департаменты по делам обороны областей, городов республиканского значения и столицы. Карта с заполненными разделами с I, II, III и IV высылается в ЦВВК в 3-х экз. Раздел V заполняет ЦВВК.

Форма 7
Место для фотографии
(гербовая печать отдела
(управления) по делам
обороны, воинской части)

**Карта медицинского освидетельствования гражданина,
поступающего
в военное учебное заведение**

1. Фамилия, имя, при наличии отчество, дата рождения _____
- - - - -

(на военнoслужашего указать воинское звание)
2. Место жительства (адрес) _____
- - - - -

(для военнoслужаших – адрес и условное наименование воинской части)
3. Перенесенные заболевания, в т.ч. инфекционные заболевания за последние 12
м е с я ц е в _____
- - - - -

4. Сведения о непереносимости (повышенной чувствительности)
медикаментозных средств и
других веществ _____
- - - - -

5. Сведения о пребывании на диспансерном учете (наблюдении) _____
- - - - -

6. Наименование ВУЗ-а, куда кандидат планирует поступать _____

7. Результаты обследования:

	Предварительное медицинское освидетельствование в районе (или в области) "___" 20___г.						Окончательное медицинское освидетельствование в ВУЗ-е "___" 20___г.					
Жалобы и анамнез												
Общий анализ крови												
Реакция микропреципитации (микрореакция) на сифилис												
Общий анализ мочи												
Рентгенография придаточных пазух носа												
ЭКГ- исследование												
Флюорография органов грудной клетки												
Исследование кала на яйца гельминтов												
Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов В и С												
Анализ крови на сахар												
Анализ крови на ВИЧ инфекцию												
Другие исследования												
Антропометрия	Рост		Длина	Длина	Масса	ИМТ	Рост		Длина	Длина	Масса	ИМТ
	стоя	сидя	руки	ноги	тела		стоя	сидя	руки	ноги	тела	
Динамометрия ручная (правая/левая кисть)												
Динамометрия становая												
Терапевт												
Эндокринная система												
Сердечно - сосудистая система												
Функциональная проба	в покое	п о с л е нагрузки			через 2 мин	после нагрузки	через 2 мин			через 2 мин		
пульс в минуту												
артериальное давление												
Органы дыхания												
Органы пищеварения												
Почки												
Селезенка												

УЗИ сердца и щитовидной железы				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача				
Хирург				
Лимфатические узлы				
Костно-мышечная система				
Периферические сосуды				
Мочеполовая система				
Анус и прямая кишка				
УЗИ мочеполовой системы				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача				
Невропатолог				
Черепно-мозговые нервы				
Двигательная сфера				
Рефлексы				
Чувствительность				
Вегетативная нервная система				
Специальные исследования (ЭХОЭГ, ЭЭГ и т.д.)				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача				
Психиатр				
Восприятие				
Интеллектуально-мнестическая сфера				
Эмоционально-волевая сфера				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача				
Окулист				
	правый глаз	левый глаз	правый глаз	левый глаз
Цветовосприятие				
Острота зрения без коррекции				
Острота зрения с коррекцией				

Рефракция скиаскопически				
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, фамилия, инициалы врача				
Оториноларинголог				
Речь				
Носовое дыхание	справа	слева	справа	слева
Восприятие шепотной речи				
Барофункция уха				
Функции вестибулярного аппарата				
Обоняние				
Специальные исследования				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача				
Стоматолог				
Прикус				
С л и з и с т а я оболочка рта				
Зубы (формула)				
Десны				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача				
Дерматовенеролог				
Диагноз				
Заключение				

Дата, подпись, фамилия, инициалы врача		
Другие врачи-специалисты		
Диагноз, заключение, дата, подпись, фамилия, инициалы врача		

8. Заключение военно-врачебных комиссий: 1) при предварительном медицинском освидетельствовании военно-врачебной комиссии _____ на основании пункта ____ подпункта _____ (указать наименование ВВК) графы ____ Требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в ВС, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, утвержденных приказом Министра обороны Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ года № _____, _____

М.П. Председатель комиссии _____

_____ (воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь комиссии _____

_____ (воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

П о ч т о в ы й

а д р е с

к о м и с с и и :

2) при окончательном медицинском освидетельствовании военно-врачебной комиссии _____

_____ (указать наименование ВВК)

на основании пункта ____ подпункта __ графы ____ Требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в ВС, других войсках и в о и н с к и х формированиях Республики Казахстан, утвержденных приказом Министра о б о р о н ы Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ года № _____, _____

М.П. Председатель комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Почтовый адрес комиссии: _____

Примечание: Для кандидатов (студентов), поступающих в школы (Жасулан, РВШИ) и на военные кафедры, заполняются только графа "окончательное медицинское освидетельствование".

Форма 8
Угловой штамп
военно-медицинского
учреждения (военно-врачебной комиссии
)

Справка о медицинском освидетельствовании № _____

" _____ " _____ 20 ____ г. военно-врачебной комиссией (врачебно-летней
к о м и с с и е й) _____

(наименование ВВК, ВЛК)

по направлению _____

о с в и д е т е л ь с т в о в а н :

(указать должностное лицо, дату, номер документа, цель и причина
н а п р а в л е н и я)

1. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах с _____

(м е с я ц и г о д)

3. Военское звание _____

4. Занимаемая должность _____

5. Специальность _____

6. Войсковая часть _____

7. Призван (поступил по контракту) на воинскую службу _____

_____ (указать отдел (управление))

по делам обороны, месяц и год призыва, поступления на воинскую службу по
к о н т р а к т у)

8. Сведения о служебной деятельности военнослужащего (заполняется при
о п р е д е л е н и и
годности к воинской службе) _____

_____ (указать сведения согласно документу,
представленного из воинской части (учреждения):

влияние состояния здоровья на исполнение обязанности воинской службы,
н а с т р о й
военнослужащего к продолжению воинской службы и мнение командования о
целесообразности сохранения военнослужащего на воинской службе)

9. Заключение В В К (В Л К) :

1) диагноз _____

2) причинная связь заболевания, увечья (ранения, травмы, контузии): _____

_____ на
основании пункта _____ Правил проведения военно-врачебной экспертизы,
у т в е р ж д е н н ы х
приказом Министра обороны Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ года
№ _____

3) категория годности к воинской службе (годность к службе по воинской
с п е ц и а л ь н о с т и ,
годность к летной работе и др.): _____

_____ на основании пункта ____ подпункта ____

г р а ф ы
Требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы
в _____ В _____ С _____ ,
других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан,
у т в е р ж д е н н ы х _____ п р и к а з о м _____

Министра обороны Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № ____.

М.П. Председатель комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Члены комиссии: _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Почтовый адрес комиссии _____

Заключение штатной военно-врачебной комиссии:

Форма 9

Место для фотографии
(гербовая печать отдела
(управления) по делам обороны,
воинской части)

**Карта медицинского освидетельствования гражданина, поступающего
на
воинскую службу по контракту**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения _____

(на военнослужащего запаса указать воинское звание)

2. Место жительства (адрес): _____

3. Перенесенные заболевания в т.ч. инфекционные заболевания за последние 12
м е с я ц е в

4. Сведения о непереносимости (повышенной чувствительности)
м е д и к а м е н т о з н ы х с р е д с т в
и других веществ _____

5. Сведения о пребывании на диспансерном учете (наблюдении) _____

6. Род войск, военно-учетная специальность (воинская должность) _____

7. Сведения о состоянии на учете по заболеваниям: _____

(отметка об учете, штамп медицинской организации здравоохранения)

Психические _____

Наркологические (с результатами тестирования на наркотические вещества) _____

Туберкулезные _____

Кожно-венерологические _____

8. Результаты исследований:

Исследования	Дата проведения	Результат
Рост/масса тела, ИМТ		
Общий анализ крови		
Реакция микропреципитации (микрореакция) на сифилис		
Общий анализ мочи		
ЭКГ- исследование		
Флюорография органов грудной клетки		
Рентгенограмма придаточных пазух носа		
Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов В, С		
Анализ крови на ВИЧ		
Измерение внутриглазного давления		
Анализ крови на сахар старше 40 лет		
Динамометрия ручная правая/левая кисть		
Исследование на наркотические вещества		
Другие исследования		

9. Результаты освидетельствования

--	--

Обследования	Результаты		
Терапевт:			
Жалобы и анамнез			
Эндокринная система			
Сердечно-сосудистая система			
Функциональная проба	в покое	п о с л е нагрузки	Через 2 мин
пульс в минуту			
артериальное давление			
Органы дыхания			
Органы пищеварения			
Почки			
Селезенка			
Диагноз			
Заключение			
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача			
Хирург:			
Лимфатические узлы			
Костно-мышечная система			
Периферические сосуды			
Мочеполовая система			
Анус и прямая кишка			
Диагноз			
Заключение			
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача			
Невропатолог:			
Черепно-мозговые нервы			
Двигательная сфера			
Рефлексы			
Чувствительность			
Вегетативная нервная система			
Диагноз			
Заключение			
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача			
Психиатр:			
Восприятие			
Интеллектуально-мнестическая сфера			
Эмоционально-волевая сфера			
Диагноз			
Заключение			
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача			
Окулист:			

	правый глаз	левый глаз
Цветовосприятие		
Острота зрения без коррекции		
Острота зрения с коррекцией		
Рефракция скиаскопически		
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, фамилия, инициалы врача		
Оториноларинголог:		
Речь		
	справа	слева
Носовое дыхание		
Шепотная речь		
Барофункция уха		
Функции вестибулярного аппарата		
Обоняние		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача		
Стоматолог:		
Прикус		
Слизистая оболочка рта		
Зубы (формула)		
Десны		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача		
Дерматовенеролог:		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, фамилия, инициалы врача		
Другие врачи-специалисты:		
Диагноз, заключение, дата, подпись, фамилия, инициалы врача		

10. Заключение ВВК при медицинском освидетельствовании _____

_____ на основании пункта ____ подпункта ____
_____ г р а ф ы _____

(указать наименование ВВК) Требований, предъявляемых к соответствию
с о с т о я н и я
здоровья лиц для службы в ВС, других войсках и воинских формированиях
Р е с п у б л и к и _____ К а з а х с т а н ,
утвержденных приказом Министра обороны Республики Казахстан от " ____ " ____
____ 20 ____ года № _____, _____

М.П. Председатель комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

" _____ " _____ 20 ____ г .

Почтовый адрес комиссии: _____

Примечание: Заполнение всех пунктов обязательно.

Форма 10
Угловой штамп
воинской части
(учреждения)

Начальнику (командиру) _____

(указывается военно-медицинское учреждение)

Направление на медицинское освидетельствование

1. Направляется на медицинское освидетельствование (лечение или
о б с л е д о в а н и е) _____ д л я _____

(указать цель медицинского освидетельствования, а также причину направления
н а _____ В В К _____ (В Л К) _____
по состоянию здоровья, заключение нового контракта для прохождения
в о и н с к о й _____ с л у ж б ы , _____

предстоящее увольнение с воинской службы, по достижении предельного
в о з р а с т а
пребывания на воинской службе, по организационно-штатным мероприятиям и
д р .)

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

3. Воинское звание _____

4. Дата рождения _____

5. Войсковая часть _____

6. Специальность _____

7. Призван (поступил по контракту) на воинскую службу _____

(указать управление (отдел))

по делам обороны, месяц и год призыва, поступления на воинскую службу по
к о н т р а к т у)

8. Предварительный диагноз: _____

9. Дата направления _____

10. Заключение ВВК (ВЛК) прошу направить _____

(наименование и почтовый адрес воинской части или кадрового органа)

11. Особые отметки _____

Командир (начальник) _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

(гербовая печать воинской части (учреждения))

Примечание: 1. При направлении на медицинское освидетельствование
служащих Вооруженных Сил указывается цель медицинского
освидетельствования, причину направления, фамилию, имя, отчество (при

наличии), дату рождения, должность, специальность. Пункты 3, 7 не заполняются.

2. При направлении на медицинское освидетельствование военнослужащих, для определения годности к службе в ДШВ, ВМС и ЧСН, в пункте 11 указывается их принадлежность к подразделениям специального назначения, морской пехоты, десантно-штурмовым и разведывательным подразделениям, боевым пловцам и водолазному составу, а также экипажу кораблей и судов, либо сведения о привлечении военнослужащего к парашютным прыжкам, подводному вождению танков и других машин, а также к выходу в море.

3. При направлении на медицинское освидетельствование курсантов военных учебных заведений, в пункте 11 указывается дата заключения контракта на прохождение воинской службы.

Форма 11

Сведения о служебной деятельности военнослужащего

Фамилия, имя, при наличии отчество _____

Воинское звание _____

Дата рождения _____

Войсковая часть _____

Занимаемая должность, с какого времени _____

Образование _____

(указывать наименование учебного заведения и год его окончания)

1) Сведения о характере выполняемых военнослужащим обязанностей воинской
с л у ж б ы П О
занимаемой должности _____

(указывать основные направления деятельности военнослужащего, частота
в ы е з д а

в командировки, полевые выходы, несения службы в суточном наряде (дежурстве), качество их выполнения,

в том числе выполнение нормативов по предметам профессиональной подготовки (физической,

строевой подготовке и т.д.), и другие)

2) Влияние состояния здоровья на качество исполнения воинской службы

(указывать степень влияния состояния здоровья военнослужащего на исполнение им обязанностей

воинской службы, особенно при полевых выходах, командировках, в суточных нарядах (дежурствах),

на сдачу нормативов по предметам профессиональной подготовки (физической, строевой

подготовке и т.д.) и другие)

3) Характерологические особенности _____

(указывать особенности, имеющие ценность для оценки

состояния здоровья: памяти, мышления, адаптационных способностей и другие)

4) Настрой военнослужащего к продолжению воинской службы _____

5) Мнение командования о целесообразности сохранения военнослужащего на воинской службе

(указывать мотивированное мнение командования о целесообразности
и л и

нецелесообразности сохранения военнослужащего на воинской службе)
Командир (начальник) _____

(войсковая часть (учреждения), воинское звание, подпись, инициал имени,
фамилия)

М.П.

(гербовая печать воинской части (учреждения))

Примечание: Сведения составляется непосредственным командиром (начальником) военнослужащего и подписывается командиром войсковой части (начальником учреждения). Сведения заверяется печатью воинской части (учреждения).

Форма 12

Сведения о состоянии здоровья военнослужащего

Фамилия, имя, при наличии отчество _____

Воинское звание _____

Дата рождения _____

Войсковая часть _____

1) С какого времени под медицинским наблюдением _____

2) Результаты предыдущего ВВК (при наличии)

(указывается дата, место прохождения,

заключение ВВК, реализация решения ВВК - при ограниченной годности или
негодности к воинской службе)

3) Результаты предыдущего УМО _____

(указывается дата, место прохождения, заключение УМО,

состояние на диспансерном учете, диагноз, выполнение рекомендации врача и
эффективность проводимых

лечебно-оздоровительных мероприятий)

4) Обращения за медицинской помощью _____

(отдельно по каждому случаю указывается дата, место лечения,

диагноз, исход лечения и общее количество дней трудопотерь за предыдущее 3
года)

5) Жалобы, анамнез заболевания, объективные данные _____

(указывается жалобы, анамнез заболевания,

объективные данные и другие сведения, характеризующие состояние здоровья
военнослужащего)

6) Оценка врача степени влияния состояния здоровья военнослужащего на
исполнение обязанностей воинской службы _____

(указывается степень влияния состояния здоровья к выполнению

обязанностей воинской службы)

Начальник медицинской службы _____

(войсковая часть (учреждения), воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

(гербовая печать воинской части (учреждения))

Примечание: Сведения составляется начальником медицинской службы (врачом, фельдшером) части, где по штату не предусмотрены медицинские работники - по месту прикрепления на медицинское обеспечение. Сведения заверяется печатью той воинской части (учреждения), где был составлен документ.

Форма 13
Угловой штамп
воинской части
(учреждения)

Справка об увечье (ранении, травме, контузии)

(воинское звание, фамилия, имя, при наличии отчество, дата рождения
п о л у ч и в ш е г о т р а в м у)

" ____ " _____ 20 ____ г. _____

(указать обстоятельства, при которых получено увечье

(ранение, травма, контузия) и его вид, характер, локализацию)

Увечье (ранение, травма, контузия) получено:
1) при исполнении обязанностей воинской службы;
2) в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей воинской службы (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть).
Справка выдана для представления _____

(наименование учреждения, организации, куда представляется справка)
Командир (начальник) _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

(гербовая печать воинской части (учреждения))

Форма 14
Угловой штамп
военно-медицинского
учреждения

Карта санитарно-гигиенической характеристики условий труда и рабочего места специалиста

1. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

2. Возраст (полных лет) _____

3. Воинское звание _____

4. Войсковая часть _____

5. Военно-учетная специальность _____

6. Служба по военно-учетной специальности (в том числе в данной воинской
ч а с т и) _____

7. Соблюдение мер защиты: (лет, месяцев)
1) индивидуальных _____

2) коллективных _____ (соблюдались, не соблюдались)

(соблюдались, не соблюдались)

			Характеристика основной профессиональной вредности	Дополнительные факторы, название в
				Дополнительные факторы,

№	Наименование рабочего места	Выполняемая работа	Название профессиональной вредности	Величина (концентрация, уровень, количество) в ед. измерения	название в единицах измерения, длительность воздействия за рабочую смену, месяц, год	единицах измерения, длительность воздействия за раб.смену, месяц, год	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8

9. Заключение о воздействии на организм профессиональной вредности (систематически, периодически, в экстремальных условиях)

Командир (начальник) _____

(воинской части (учреждения) воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Начальник медицинской службы _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Врач-специалист санитарно-эпидемиологического учреждения _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Пояснение к заполнению:

1. В карте приводятся данные, имеющие гриф не выше "для служебного пользования".

2. Величина фактора указывается на основании данных акта обследования рабочего места (объекта) врачами санитарно-эпидемиологического учреждения, санитарного паспорта объекта и журнала учета измерений уровней (концентраций) этих факторов.

В графе 5 записывается минимальная и максимальная величина факторов.

В графе 8 отмечается аварийная ситуация с указанием номера и даты расследования, а также другие обстоятельства, неучтенные в карте.

Форма 15
Место для фотографии
(гербовая печать отдела
(управления)
по делам обороны)

КАРТА

медицинского освидетельствования гражданина, пребывающего в запасе

1. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Военское звание _____

4. Военно-учетная специальность _____

5. Результаты освидетельствования:

	" ____ " _____ 20__ г	" ____ " _____ 20__ г
Исследования		
Общий анализ крови		
Общий анализ мочи		
Реакция микропреципитации (микрореакция) на сифилис		
ЭКГ исследования		
Флюорография органов грудной клетки		
Рентгенограмма придаточных пазух носа		
Внутриглазное давление		
Анализ крови на сахар		
Другие сведения (исследования)		
Рост/масса тела		
Врачи-специалисты		
Хирург		
Терапевт		
Невропатолог		
Окулист		
Оториноларинголог		

Стоматолог		
Диагноз		
Заключение М.П.	<p>На основании подпункта ___ пункта ___ графы _____ Требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в ВС, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, утвержденных приказом Министра обороны Республики Казахстан от "___" ___ 20___ года № ____, _____</p> <p>Председатель ВВК _____</p> <p>_____</p> <p>воинское звание, _____</p> <p>подпись, инициал имени, фамилия</p> <p>Секретарь ВВК _____</p> <p>подпись, инициал имени, фамилия</p>	<p>На основании подпункта ___ пункта _____ графы _____ Требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в ВС, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, утвержденных приказом Министра обороны Республики Казахстан от "___" ___ 20___ года № ____, _____</p> <p>Председатель ВВК _____</p> <p>воинское звание, _____</p> <p>подпись, инициал имени, фамилия</p> <p>Секретарь ВВК _____</p> <p>подпись, инициал имени, фамилия</p>

Форма 16

Заключение эксперта штатной ВВК

1. Рассматриваемый вопрос _____

(указывать утверждение или контроль экспертного документа)

2. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

3. Дата рождения _____

3. Воинское звание _____

4. Воинская часть _____

5. Рассмотренные документы:

1) история болезни _____

(указать номер, дату, откуда поступил)

2) свидетельство о болезни, справка _____

(указать номер, дату, откуда поступил)

3) другие документы _____

(медицинская книжка, справка о травме и другие)

6. Замечания по рассматриваемому вопросу:

1) по ведению истории болезни: _____

2) по проведению лечебно-диагностических мероприятий: _____

3) по экспертному диагнозу: _____

4) по оформлению экспертного документа и (или) заключения ВВК _____

7. Заключение эксперта _____

8 . У к а з а н и я :

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Врач – эксперт _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

" _____ " _____ 2 0 _____ г .

Начальник отделения _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

" _____ " _____ 2 0 _____ г .

Председатель комиссии (заместитель председателя комиссии)

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Форма 17
Угловой штамп
военно-медицинского учреждения
(военно-врачебной комиссии)

Справка по определению суда

_____ (наименование суда, № , дата)
" _____ " _____ 20 ____ г. военно-врачебной комиссией (врачебно-летней
к о м и с с и е й)

_____ (наименование ВВК, ВЛК)
1. Фамилия, имя, при наличии отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Военское звание _____ воинская часть _____

4. Занимаемая должность _____

5. Результаты обследования (выводы) _____

_____ Протокол № _____ от _____
Председатель комиссии _____

_____ (военское звание, подпись, инициал имени, фамилия)
М.П
Секретарь комиссии _____

_____ (военское звание, подпись, инициал имени, фамилия)
Почтовый адрес комиссии _____

Примечание. Номер справки соответствует порядковому номеру, под которым освидетельствованный записан в книге протоколов заседаний военно-врачебной комиссии.

Форма 18

Свидетельство о прохождении ВЛК

(воинское звание, фамилия, имя, при наличии отчество, год рождения, воинская
ч а с т ь)

при освидетельствовании " ____ " _____ 20 ____ г. врачебно-летней комиссией ____

(наименование ВЛК)

По пункту/подпункту _____ графы _____ Требований,
п р е д ь я в л я е м ы х _____ к

соответствию состояния здоровья лиц для службы в государственной авиации
Р е с п у б л и к и _____ К а з а х с т а н ,

утвержденных приказом Министра обороны Республики Казахстан от " ____ " ____
____ 2 0 ____ г о д а

№ _____, признан _____

(указать степень годности к летной работе)

Диагноз _____

М.П. Председатель комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Заполняется врачом части:

Время проведения очередного отпуска _____

Углубленный осмотр _____

Фоновые данные артериального давления, пульса _____

Форма 19

Протокол заседания штатной (нештатной) ВВК № _____

" _____ " _____ 20 _____ г. (по определению причинной связи
увечья
(ранения, травмы, контузии), заболевания)

1. Рассмотрено _____

— — — — —
(указать номер обращения, письмо, жалоба, заявление, дату документа, от кого
поступил, _____ по _____ какому _____ вопросу)

2. Рассмотренные документы (перечислить все рассмотренные документы с
у к а з а н и е м _____ и х
даты, номера: удостоверяющее личность, о прохождении воинской службы,
архивные, _____ медицинские _____ и _____ другие _____ документы):

1) _____

— — — — —
2) _____

— — — — —
3) _____

— — — — —
3 . _____ У с т а н о в л е н о :

Фамилия _____

— — — — —
Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____

Воинское звание _____

Данные о прохождении воинской службы (воинских сборов) в Вооруженных

С и л а х :

— — — — —
(указать день, месяц, год поступления на воинскую службу, кем призван или
о т о б р а н , _____ п е р и о д

участия в боевых действиях, в вооруженных конфликтах, армии, в работах по
л и к в и д а ц и и

последствий аварии на Чернобыльской АЭС, в зонах радиационного риска и т.д.)

Воинская часть и период прохождения воинской службы _____

— — — — —
4. Дата и основание увольнения: _____

— — — — —
5. Обоснование заключения ВВК по рассматриваемому вопросу: _____

а) Диагноз: _____

б) причинная связь _____

Врач – эксперт _____

(фамилия, инициалы, подпись)

6. Заключение штатной военно-врачебной комиссии: _____

а) Диагноз: _____

б) причинная связь _____

7. Результаты голосования членов комиссии:
"ЗА" - _____ "ПРОТИВ" - _____ (Особое мнение членов комиссии
прилагается к протоколу)

Председатель комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Члены комиссии _____

(воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Заключение штатной (нештатной) ВВК отправлено

(указать адрес, дату, исх. №)

Документы подшиты в дело № _____ том _____ страница _____

Секретарь комиссии _____

(подпись, инициал имени, фамилия)

Форма 20

Выдается только один раз, пользоваться копиями!

Угловой штамп
военно-врачебной комиссии

Заключение ЦВВК МО РК о причинной связи заболевания, увечья
Заболевание, _____

(воинское звание, фамилия, имя, при наличии отчество)

_____, _____,
(год рождения)

" _____
(диагнозы заболевания)

_____,
_____ "

_____ (причинная связь заболевания)

Протокол № _____ от "___" _____ 20__ г.

Председатель комиссии _____

_____ (воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

М . П .
(гербовая печать учреждения)