

(здравно заведение)

гр. _____

КАРТА
ЗА МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД НА
ВОДАЧ НА МОТОРНО ПРЕВОЗНО СРЕДСТВО

№ / 20.... г.

Г-н (г-жа) _____
(трите имена по л.к.)

ЕГН _____ л.к.№ _____ изд. на _____

от РПУ _____; Адрес _____

Анамнезтични данни: _____

Данни от преглед на: _____

а) очи

ДО _____

острота на зрението

цветоусещане _____

ЛО _____

б) уши, нос, гърло

ДУ _____

ДУ _____

Слух: разговорна реч

шепотна реч

ЛУ _____

ЛУ _____

в) неврологичен статус _____

г) хирургичен статус _____

д) вътрешен статус _____

е) други _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ :

ГОДЕН за водач на моторно превозно средство от категория _____

Негоден / за решение от ТОЛЕК

Мотиви: _____

Освидетелстващ лекар: _____

(трите имена и служба на лекаря)

Подпис на освидетелстващия лекар: _____