

_____/_____**20**_____.г. **ТЕРАПЕВТ**
Жалобы: _____
АД _____ мм рт. ст.; Пульс _____ уд./мин
Тоны сердца чистые, ритмичные, приглушенные: _____
Дыхание везикулярное жесткое хрипы сухие нет _____
Живот мягкий безболезненный _____
Диагноз: _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами
на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Подпись _____ м.п. врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИССИИ:

Диагноз _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами
категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Годен: без очков/ в очках/ линзах (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи медицинского заключения: «_____» _____ 202__ г.

Подпись _____ м.п. врача

КАРТА № _____
К медицинскому бланку
Серия _____ № _____
медицинского освидетельствования
водителя (кандидата в водители)
транспортных средств
на территории Санкт-Петербурга

ДАТА _____

Ф.И.О. _____

_____ (полностью)
Дата рождения _____ Пол _____

Паспорт _____ номер _____

Выдан _____

Группа крови _____ резус фактор _____

Адрес регистрации _____

Телефон _____

Водительский стаж _____
Флюорография _____
Гинеколог _____
Заявленные категории:

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

____/____20____г ОФТАЛЬМОЛОГ

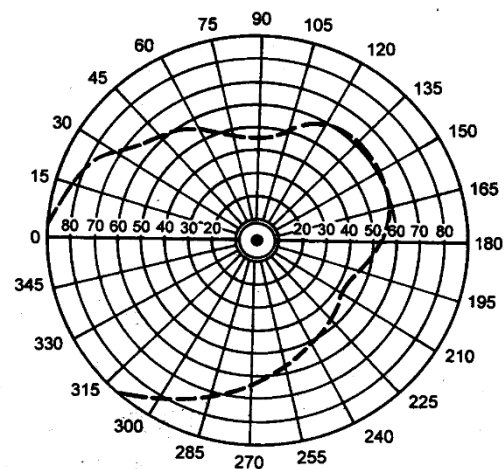
Жалобы пациента: _____

Острота зрения OD _____

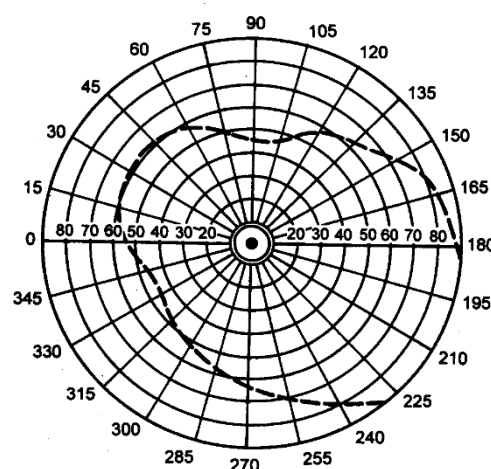
Острота зрения OS _____

Поля зрения OD _____ Поля зрения OS _____

Левый



Правый



ВГД _____

Цветовосприятие _____

Глазное дно _____

Диагноз: _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Годен: без очков/ в очках/ линзах (нужное подчеркнуть)

Подпись _____ м.п. врача

____/____20____г ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ

Жалобы: _____

Слух AD ш. р. _____ AS ш. р. _____ ОР _____ ст _____

Вестибулярные расстройства _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Подпись _____ м.п. врача

____/____20____г НЕВРОЛОГ

Жалобы: _____

ЧМТ _____

Эпилепсия _____

Неврологический статус, мышечная атрофия _____

ЧМИ _____

Сила в конечностях _____

Сухожильные рефлексы _____

Чувствительность _____

Координационные пробы _____

Диагноз: _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Подпись _____ м.п. врача

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г . Санкт-Петербург _____

Субъект персональных данных, _____,
(ФИО полностью)

серия _____ № _____

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____
(кем и когда)

Проживающий(ая) по адресу _____,

Принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района», ИНН 7820013680, 196601, СПб, г. Пушкин, ул. Московская, д. 15.**

Со следующей целью обработки персональных данных: выполнение заключенного в простой письменной форме договора с оператором персональных данных, об оказании услуг по медицинскому освидетельствованию водителей транспортных средств.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, это общее описание персональных данных, путем смешанной обработки (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, распространение, в том числе передача, обезличивание, блокирование, уничтожение).

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:

- Срок действия настоящего согласия – 1 год;
- На основании письменного обращения персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных оператор прекратит обработку таких персональных данных в течении 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течении 10 (десяти) рабочих дней;
- Ликвидация или реорганизация СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района».

В порядке предусмотренным действующим законодательством РФ, согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем письменного обращения к оператору, получающему согласие субъекта персональных данных.

Я согласен с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении персональных данных будет вручаться мне (моему представителю) по месту нахождения обособленного подразделения Оператора.

Подпись субъекта персональных данных:

(ФИО полностью, подпись)

Информированное добровольное согласие на медицинское(ие) вмешательство(а).

г. Санкт-Петербург _____

Я, _____,

_____ . рождения, даю информированное добровольное согласие на медицинское(ое) вмешательство(а), включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации, утвержденный приказом МЗ СР России от 23.04.2012г. №390 и при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района» медицинским работником.

(должность, ФИО медицинского работника)

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств (опрос, осмотр, термометрия, гонометрия, неинвазивные исследования органа зрения, слуха и нервной системы, лабораторные, функциональные и рентгенологические методы обследования, ЛФК, массаж, введение лекарственных препаратов); в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

(Подпись)

(ФИО гражданина)