

Наименование медицинской
организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____
Лицензия _____

Медицинская документация
Форма № 003-В/у
Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 15 июня 2015 г. № 344н

**Медицинское заключение серия _____ № _____
о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств
(кандидатов в водители транспортных средств) медицинских
противопоказаний, медицинских показаний или медицинских
ограничений к управлению транспортными средствами**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации: _____
субъект Российской Федерации _____ район _____
город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
4. Дата выдачи медицинского заключения: число _____ месяц _____ год _____
5. Медицинское заключение:

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

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

«А»	«В»	«С»	«D»	«BE»	«CE»	«DE»	«Тm»	«Тb»	«М»	«А1»	«В1»	«С1»	«D1»	«С1Е»	«D1Е»

Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами

1) Категории «А» или «М», подкатегории «А1» или «В1» с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	
2) Категории «В» или «BE»; подкатегории «В1» (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	
3) Категории «С», «CE», «D», «DE», «Тm» или «Тb»; подкатегории «С1», «D1», «С1Е» или «D1Е»	

Медицинские показания к управлению транспортными средствами

С ручным управлением	
С автоматической трансмиссией	
Оборудованным акустической парковочной системой	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха	

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