

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_ Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Медицинская документация  
Лицензия \_\_\_\_\_ Форма N 003-В/у

Утверждена приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от "15" июня 2015 г. N 344н

**Медицинское заключение серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
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**

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

**Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами**

1) Категории "A" или "M", подкатегории "A1" или "B1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	
2) Категории "B" или "BE"; подкатегории "B1" (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	
3) Категории "C", "CE", "D", "DE", "Tm" или "Tb"; подкатегории "C1", "D1", "C1E" или "D1E"	

**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: \_\_\_\_\_

МП  
Формат бланка - А5.