

Угловой штамп
лечебно-профилактической
организации здравоохранения
военно-медицинского учреждения

Форма 2

**Акт
исследования состояния здоровья**

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

находился по направлению начальника отдела (управления) по делам обороны Бескарагайского района _____

(наименование отдела (управления) по делам обороны)

от «__» ____ 20__ г. №__ на стационарном, амбулаторном (ненужное зачеркнуть) обследовании в _____

(наименование медицинской организации здравоохранения, военно-медицинского учреждения)

с _____ по _____ 20__ г.

Жалобы _____

Анамнез _____

Данные объективного
исследования _____

Результаты специальных
исследований _____

Диагноз _____

Главный врач медицинской организации здравоохранения, начальник
военно-медицинского учреждения

М.П.

(подпись, фамилия, инициалы)

Заведующий (начальник) отделения

(подпись, фамилия, инициалы)

Врач, проводивший обследование

(подпись, фамилия, инициалы)

Почтовый индекс медицинский организации здравоохранения, военно-медицинского учреждения