

# УДОСТОВЕРЕНИЕ

Прил. № 3 към чл. 9, ал. 1  
от Н-ба №3 на МЗ от 11.05.2011

за здравословното състояние на водач/кандидат за придобиване на  
правоспособност за управление на МПС

ЕГН \_\_\_\_\_, трите имена по лична карта за управление на МПС от категория \_\_\_\_\_,

л.к № \_\_\_\_\_, изд. на \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_,

адрес \_\_\_\_\_

Общопрактикуващ лекар: \_\_\_\_\_ трите имена

УИН: \_\_\_\_\_ подпис, печат

Анамнезични данни: \_\_\_\_\_

Регистрирани заболявания: \_\_\_\_\_

## Данни от клиничен преглед на:

### а) ОЧИ

ДО \_\_\_\_\_

Острота на зрението: \_\_\_\_\_ Цветоусещане: \_\_\_\_\_

ЛО \_\_\_\_\_

Лекар: \_\_\_\_\_ трите имена

УИН: \_\_\_\_\_ дата, подпис, печат

### б) УШИ, НОС, ГЪРЛО:

ДУ \_\_\_\_\_

ДУ \_\_\_\_\_

Слух: Разговорна реч: \_\_\_\_\_ Шепотна реч: \_\_\_\_\_

ЛУ \_\_\_\_\_

ЛУ \_\_\_\_\_

Лекар: \_\_\_\_\_ трите имена

УИН: \_\_\_\_\_ дата, подпис, печат

### в) ВЪТРЕШЕН СТАТУС

Лекар: \_\_\_\_\_ трите имена

УИН: \_\_\_\_\_ дата, подпис, печат

### г) НЕВРОЛОГИЧЕН СТАТУС

Лекар: \_\_\_\_\_ трите имена

УИН: \_\_\_\_\_ дата, подпис, печат

### д) ХИРУРГИЧЕН СТАТУС

Лекар: \_\_\_\_\_ трите имена

УИН: \_\_\_\_\_ дата, подпис, печат

1-52-08 (2-78)-офсет (1) - "Возва" - 33, 02/04-06-61-68 06.2011



е) \_\_\_\_\_

Лекар: \_\_\_\_\_ *трите имена*

УИН: \_\_\_\_\_ *дата, подпис, печат*

ж) \_\_\_\_\_

Лекар: \_\_\_\_\_ *трите имена*

УИН: \_\_\_\_\_ *дата, подпис, печат*

Лекар: \_\_\_\_\_

УИН: \_\_\_\_\_ *трите имена*

з) \_\_\_\_\_ *дата, подпис, печат*

Лекар: \_\_\_\_\_

УИН: \_\_\_\_\_ *трите имена*

Лекар: \_\_\_\_\_ *дата, подпис, печат*

УИН: \_\_\_\_\_

подлежи /  не подлежи на освидетелстване от ТОЛЕК

Общопрактикуващ лекар: \_\_\_\_\_ *трите имена*

УИН: \_\_\_\_\_ *дата, подпис, печат*

Прил. № 4 към чл. 9, ал. 2  
от Н-ба №3 на МЗ от 11.05.2011

# КАРТА

**за оценка на физическата годност на водач/кандидат за придобиване  
на свидетелство/правоспособност за управление на МПС**

*трите имена по лична карта*

ЕГН \_\_\_\_\_

л.к № \_\_\_\_\_, изд. на \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- отговаря на изискванията за физическа годност  
към водачите на МПС от категория \_\_\_\_\_
- НЕ отговаря на изискванията за физическа годност  
към водачите на МПС от категория \_\_\_\_\_

Мотиви: \_\_\_\_\_

Общопрактикуващ лекар: \_\_\_\_\_ *трите имена*

УИН: \_\_\_\_\_ *дата, подпис, печат*

СРОК НА ВАЛИДНОСТ - 6 МЕСЕЦА

1-52-08 (2-7В)-офсет (2)