

Județul \_\_\_\_\_  
Localitatea \_\_\_\_\_  
Unitatea sanitară \_\_\_\_\_

## FIȘA DE CONSULTAȚII MEDICALE TIP A (B) PENTRU CONDUCĂTORII DE AUTOVEHICULE

ziua \_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_

A. NUMELE _____ PRENUMELE _____ sexul M/F. Născut(ă) în anul _____ luna _____ ziua _____ în orașul/comuna _____ județul _____ fiul/fica lui _____ și al(a) _____ domiciliat în județul _____ localitatea _____ str. _____ nr. _____ posesorul buletinului de identitate seria _____ nr. _____ eliberat de poliția _____ cu locul de muncă la _____ tel. _____.					
B. ANTECEDENTELE PERSONALE (se vor atesta de medicul de circumscripție pentru cei care nu au fișă la dispensarul policlinic). _____ _____					

### C. REZULTATELE EXAMENELOR MEDICALE.

Speciali- tatea	Nr. fișei (reg. de consult.)	Data examinării	Concluzii (boli depistate)	Concluzii apt/inapt conducător auto	Semnătura și parafa medicului
0	1	2	3	4	5
Boli interne					
Chirurgie- ortopedie					

0	1	2	3	4	5
Neuro- chirurgie					
Psihiatrie examen psihologic					
Oftalmo- logie					
O.R.L.					
Obstetrică ginecologie					

Serologia sângelui

Unitatea sanitară \_\_\_\_\_

Nr. buletin \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Rezultatul \_\_\_\_\_

Semnătura și parafa medicului \_\_\_\_\_

D. CONCLUZIILE MEDICULUI ȘEF DE DISPENSAR POLICLINIC

APT/INAPT de a conduce autovehicule

Semnătura și parafa medicului,

L.S.

E. ALTE MENȚIUNI

Solicitantul a declarat în scris în fișa de consultație toate bolile de care a suferit în trecut și cele despre care știe că a suferit în prezent, că nu este în evidența altei unități sanitare, și că în situația în care va urma tratamentul medical, se obligă să anunțe că este posesor al permisului de conducere.