

Nr. inregistrare .....  
Localitatea **Bucuresti**  
Unit.sanitara **Standardmed Center SRL**

**FISA DE CONSULTATII MEDICALE TIP A (B)  
PENTRU CONDUCATORII DE AUTOVEHICULE**

ZIUA \_\_\_\_\_ LUNA \_\_\_\_\_ ANUL \_\_\_\_\_

C.N.P. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. Numele _____ Prenumele _____ sexul M/F. Nascut(a) in anul _____ luna _____ ziua _____ in orasul/comuna _____ judetul _____ fiul/fiica lui _____ si al(a) _____ domiciliat in judetul _____ localitatea _____ str. _____ nr. _____ posesorul buletinului de identitate seria _____ nr. _____ eliberat de politia _____ cu locul de munca la _____ tel. _____
B. ANTECEDENTE PERSONALE (se vor atesta medicul de circumscriptie pentru cei care nu au fisa la dispensarul policlinic). _____ _____

**C. REZULTATELE EXAMENELOR MEDICALE**

Specialitatea	Nr.fisei (reg. de consult)	Data examinarii	Concluzii (boli depistate)	Concluzii apt/inapt conducator auto	Semnatura si parafa medicului
0	1	2	3	4	5
Boli interne					
Chirurgie \ Ortopedie - traumatologie					

CATEGORIA SOLICITATA

0	1	2	3	4	5
Neurologie					
Psihiatrie / examen psihologic					
Oftalmologie					
O.R.L.					

D. CONCLUZIILE MEDICULUI SEF DE DISPENSAR POLICLINIC

APT / INAPT de a conduce autovehicule

Semnatura si parafa medicului

L.S.

E. ALTE MENTIUNI

Solicitantul a declarat in scris in fisa de consultatie toate bolile de care a suferit in trecut si cele de care stie ca sufera in prezent ; ca nu este in evidenta unei alte unitati sanitare cu boli cronice si ca in situatia in care va urma orice tratament medical, se obliga sa anunte in scris ca este posesor al permisului de conducere. Policlinica **STANDARDMED CENTER** nu isi asuma raspunderea in caz de declaratii false sau de afectiuni aparute ulterior examinarii.

DECLARATIE: Subsemnatul.....

Declar pe proprie raspundere ca am fost examinat medical si nu sufar de epilepsie, boli psihice sau alte boli cronice ce contraindica obtinerea fisei medicale pentru conducere auto.

Semnatura persoanei examinate