



**UKRAINE  
MEDICAL CENTER "VIVAMED"**

№

7, Seminarskaya St., Odessa, Ukraine, tel./fax: (38-048) 784-08-11



M/V _____		PHYSICAL EXAMINATION REPORT / CERTIFICATE СЕРТИФИКАТ О МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ			
Last name of applicant Фамилия		First name Имя		Blood group Группа крови	
Date of birth Дата рождения	Place of birth Место рождения City/Город Country		MAILING ADDRESS OF APPLICANT: Домашний адрес освидетельствуемого		Worms О/глист
EXAMINATION FOR DUTY AS: Освидетельствован для			V.D.R.L. <b>NEGATIVE</b> PB		USD УЗИ
должности:			Date .....		Smear мазок
engineer / механика <input type="checkbox"/>			D-r .....		
radio off / радиста <input type="checkbox"/>			H. T. V.		
motorman / моторист <input type="checkbox"/>			ВИЧ		
master / капитана <input type="checkbox"/>			seaman / матроса <input type="checkbox"/>		
mate / штурмана <input type="checkbox"/>			serv.st. / обл. перс. <input type="checkbox"/>		
Height Рост	Weight Вес	Blood pressure А/Д	Pulse Пульс	Respiration Дыхание	General appearance <b>GOOD</b> Физическое развитие
VISION Зрение	Right eye Правый глаз	Left eye Левый глаз	HEARING (слух) Right ear <b>NORMAL</b> Left ear <b>NORMAL</b> Правое ухо Левое ухо		LUNGS CLINES <b>NORMAL X-RAY CHEST</b> ЛЕГКИЕ
Without glasses без очков			HEAD and NECK <b>NORMAL</b> Голова и шея		HEART (Cardiovascular) Сердечно-сосудистая система E.C.G.
With glasses в очках			COLOR TEST TYPE: BOOK LANTERN Светоощущение: по таблицам по светофору YELLOW RED BLUE GREEN		
HEPATITIS B ГЕПАТИТ Б			L.F.T. ПЕЧЕНЬ		
EXTREMITIRS: Upper <b>WITHOUT TRAUMA</b> Конечности верхние			Lower <b>WITHOUT TRAUMA</b> нижние		
Is applicant suffering from any decease likely to aggravater by, or to be render him unfit for, service as sea or likely to endanger the health of other persons on boat? Имеет ли обследуемый заболевания связанные с плаванием на судне, болезни угрожающие другим членам экипажа или пассажирам					
Состоит ли на диспансерном учете? (если да, то по какому заболеванию?)					
Signature of applicant _____ Личная подпись исследуемого		Date Дата	Next examination Очередное освидетельствование	Date Дата	
This signature should be affixed in the presence of the examining Physician Подпись должна быть выполнена в присутствии врача во время медицинского освидетельствования					
THIS IS TO CERTIFY THAT A PHYSICAL EXAMINATION WAS GIVEN TO: Этот сертификат был выдан:					
HE (SHE) IS FOUND TO BE (FIT) (NOT FIT) FOR DUTY AS A _____ (1-master; 2-mate; 3-engineer 4-radio off 5-motorman; 6-seaman; 7-serv.st) Он (она) годеи (негодеи) для работы в качестве:					
NAME AND DEGREE PHYSICIAN Имя и должность врача		D-R: V. PASECHNIK			
NAME OF PNYSIAN'S LICENSING Название учреждения выдавшего диплом (лицензию) и его номер		ODESSA MED. INST. A-II №007861			
DATE OF ISSUE OF PHYSICIAN'S LICENSE Дата выдачи диплома врача (лицензия)		30.06.75			
This certificate is issued by authority of MARITIME Administration and compliance with the requirements of the MEDICAL					

**Fit For Duty**

