

**ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ
В КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
БРОВАРСЬКЕ РАЙОННЕ УПРАВЛІННЯ ПОЛІЦІЇ**
07400, м. Бровари, вул. Ярослава Мудрого, 24

ДОВІДКА

Дудов Руслан Андрійович
30.05.2000 року народження
Місце народження: Україна, Київська обл., м. Бровари

УНЗР: 2000053010436

Адреса реєстрації: Київська обл., м. Бровари, вул. Благодатна, 51-А



особу встановлено відповідно до інформаційної бази Національної поліції України ІПНП «Особа громадянина» паспорт громадянина України № 008587993 виданий Броварський об'єднаний відділ ЦМУ ДМС у м. Києві та Київській області від 22.12.2022

Начальник САП Броварського РУП
ГУНП в Київській області
капітан поліції



Олександр ОМЕЛЬЧЕНКО

17.06.2025

7666



199

Додаток 4

до Положення про військово — лікарську експертизу в Збройних Силах України

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
БРОВАРСЬКИЙ
РАЙОННИЙ ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЦЕНТР
КОМПЛЕКТУВАННЯ ТА СОЦІАЛЬНОЇ
ПІДТРИМКИ

Номенклатурний номер

Код _____

“ 17 ” 06 2025 р.
№ 7666

Код 09868771

07400, м. Бровари,
вул. Героїв Небесної Сотні, 1
тел. (04594) 6-02-64

75 ДОВІДКА

військово-лікарської комісії

Від 17.06.2025 року № 130/37

Дудов Руслан Андрійович, 30.05.2000р.н.,

(військове звання, прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, військова частина, яким військкоматом призваний у Збройні Сили, військова професія)

Проведено медичний огляд ВЛК Броварського РТЦК та СП Київської області

“ 17 ” червня 2025 р.

Діагноз та постанова ВЛК про причинний зв'язок захворювання (травми, поранення, контузії, каліцтва): Зміщена носова перетинка

На підставі статті 456 граfi II Розкладу хвороб, граfi ТДВ

Придатний до військової служби

Голова ВЛК

Т. Ющенко

(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)

В.о. секретар ВЛК

С. Шаповал

(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)



Місце знаходження комісії: КНП «Броварська Багатопрофільна Клінічна Лікарня»,

07400, м. Бровари, вул. Шевченка, 14
(вказати адресу комісії)

Рішення, постанова штатної ВЛК _____ (вказується у разі, по затвердженню штатною ВЛК)

Відмітка про ознайомлення 3 постановою
ВЛК _____

(підпис, ім'я та прізвище оглянутого, дата ознайомлення)

Додаток 13

до Положення про військово-лікарську
експертизу в Збройних Силах України



130/32

КАРТКА 62536

обстеження та медичного огляду ВЛК при Броварському РТЦК та СП
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «БРОВАРСЬКА ЗАГАТОПРОФІЛЬНА
КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»
ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД БРОВАРСЬКОГО РАЙОНУ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

(вказати категорію особи, що оглядається, та мету медичного огляду)

1. Прізвище, ім'я, по батькові Дудов Руслан Андрійович

2. Дата народження 30.05.2000

3. Військове звання _____

4. Військова частина _____

5. Військова служба у Збройних Силах _____

6. Відомості про підвищену чутливість (неперенесення) до хімічних речовин, медикаментів, про харчування тощо _____

7. Дані про перебування на диспансерному обліку з приводу хронічних захворювань _____

8. Результати додаткових методів обстеження

Назва дослідження	Дата	Результат
Загальний аналіз крові		
Група крові та резус-фактор		
Біохімічний аналіз крові:		
вміст глюкози		
вміст білірубину		
вміст АЛТ		
вміст загального білка		
Серологічний аналіз крові на:		
ВІЛ		
антиген до вірусу гепатиту В (HBs Ag)	17.06.25	не виявлено
антитіла до вірусу гепатиту С (antiHCV)	17.06.25	не виявлено
реакція мікропреципітації з кардіоліпіновим		



антигеном (RW)
Загальний аналіз сечі
Флюорографія органів грудної клітки
ЕКГ
Інші дослідження

№ 168/63 Дата 17.06.2025
Випиравок
Лікар-рентгенолог [підпис]

Місце для вклеювання направлення командира військової частини (керівника ТЦК та СП), характеристик, інших медичних та додаткових матеріалів, додаткових методів обстеження тощо.

9. Результати медичного обстеження спеціалістами:

	Дата	Діагноз (включаючи код, згідно чинного НК 025)	Підпис лікаря
Зріст/вага/° тіла	<u>168/63</u>		
Терапевт	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
Хірург	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
Невропатолог	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
Офтальмолог	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
ЛОР	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
Дерматовенеролог	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
Психіатр	<u>17.06.25</u>	<u>[підпис]</u>	<u>[підпис]</u>
Стоматолог			
Гінеколог (при огляді жінок)			
Інші лікарі-спеціалісти	<u>Зміщено</u>	<u>иссова переносорна (1342)</u>	

10. Інформація щодо стану мого здоров'я надана мною в повному обсязі. Попереджений про надання неповної та недостовірної інформації.

Підпис обстежуваного [підпис]

11. Діагноз (включаючи код, згідно чинного НК 025) та постанова ВЛК: _____

На підставі статті 455 графі й Розкладу хвороб, Таблиці додаткових вимог
(вказати постанову ВЛК) Призначити до ВС

Голова ВЛК [підпис]

Т. Ющенко
(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)

[підпис]
(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)

[підпис]
(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)





ВІЙСЬКОВИЙ КВИТОК

Серія **АТ** № **184202**

Прізвище **Гудов**
Ім'я **Руслан**
По батькові **Андрійович**
Підпис власника військового квитка
Виданий **Броварський район** **Київської** області
комісаріатом



1. Число, місяць, рік народження

30 травня 2000 року

Місце народження **м. Бровари**
(населений пункт,
район, область)
Київської області

2. Освіта **Базова загальна**
середня

3. Основна цивільна спеціальність

4. Сімейний стан

АТ 184202

