|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заполняется врачом и младшим специалистом с медицинским образованием и хранится в учреждении здравоохранения | **ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ** Серия…….. №…….………**ПЕРВИЧНЫЙ, ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА №**……………. (соответствующее подчеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (фамилия врача)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № медицинской карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (место работы, наименование предприятия, учреждения, организации)Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц) (подпись получателя) | **КОРЕШОК** |
|  ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ И МЛАДШИМ СПЕЦИАЛЬСТОМ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ УЧЕРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | Л И Н И Я О Т Р Е З А**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ****ПЕРВИЧНЫЙ, ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА №**……..…….. Серия…….. №……….…… (соответствующее подчеркнуть)

|  |
| --- |
| Печать учреждения здравоохранения |
| Муж. | Жен. |
| Необходимое подчеркнуть |
| ШифрМКБ-10\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование и месторасположения учреждения здравоохранения)Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.  (число, месяц)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (полных лет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(место работы, наименование предприятия, учреждения, организации) | ПРИМЕЧАНИЕ: |
| Диагноз первичный: | Диагноз заключительный: |
| Причина нетрудоспособности: заболевание общее – 1, профессиональное и его последствия, дата уст. \_\_ – 2, последствия аварии на ЧАЭС – 3, несчастный случай на производстве и его последствия, дата \_\_ – 4, непроизводственная травма – 5, контакт с больными инфекционными заболеваниями и бактерионосительство – 6, санаторно-курортное лечение – 7, беременность и роды – 8, ортопедическое протезирование – 9, уход (возраст) \_\_\_, фамилия имя ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - 10. |
| РЕЖИМ: | Отметка о нарушении режима:Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Находился в стационарес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | Направлен на МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.Подпись председателя ВКК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Перевести временно на другую работус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

|  |
| --- |
| М.П. |

Подпись председателя ВКК\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| М.П.МСЭК |

Освидетельствован МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.Заключение МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись председателяМСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Выдачу листка нетрудоспособности разрешаю:

|  |
| --- |
| М.П. |

Подпись главного врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| О С В О Б О Ж Д Е Н И Е О Т Р А Б О Т Ы |
| С какого числа | До какого числа включительно | Должность и фамилия врача, зав. отд. | Подпись врача, зав. отд. |
| С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(словами число месяц) |  |  |
| С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(словами число месяц) |  |  |
| С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(словами число месяц) |  |  |
| С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(словами число месяц) |  |  |
| Приступить к работеС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(словами число месяц)Продолжает болетьВыдан новый листок нетрудоспособности (продолжение) №\_\_\_\_\_\_\_ | } | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, фамилия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись врача) | Печать учреждения здравоохранения |

|  |  |
| --- | --- |
| Заполняется табельщиком или уполномоченным лицом | ..............................................................................................................................................................................(название предприятия, учреждения, организации) Структурное подразделение.............................................. Должность............................Таб. №...................Работа постоянная, временная, сезонная (необходимое подчеркнуть).Не работал с «.......»......................................20......г. по «.......»......................................20......г. Нерабочие дни за время нетрудоспособности………………………………………. ..................................(числа)Приступил к работе с «.......»......................................20......г.Подпись и фамилия табельщика или уполномоченного лица………………………………. …………….Дата............................................................ |
| Заполняется отделом кадров или уполномоченным лицом | Застрахованное лицо относится: к лицам, которые пострадали вследствие аварии на ЧАЭС или ухаживают за больным ребёнком до 14 лет, который пострадал от Чернобыльской катастрофы; ветеран войны (необходимое подчеркнуть).Страховой стаж на день наступления нетрудоспособности:до 5 лет, от 5 до 8, от 8 и более лет (необходимое подчеркнуть)...............................................................................................................................................................................(должность, подпись и фамилия работника отдела кадров и уполномоченного лица) |
| Заполняется комиссией по социальному страхованию или уполномоченным лицом, на которого возложено назначение помощи | **НАЗНАЧЕННОЕ ПОСОБИЕ:**По временной нетрудоспособности в размере......................% за................. рабочих (календарных) днейПо беременности и родам в размере.......................................% за.................рабочих (календарных) днейПомощь не предоставляется по причине:………………………………………………………………….. ..............................................................................................................................................................................Акт о несчастном случае на производстве, акт расследования несчастного случая на производстве или профессинального заболевания от .........................20...... г. № .............................................................................................................................................................................................................................(должность, подпись и фамилия уполномоченного лица) |
| Заполняется бухгалтерией (расчётным отделом)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Месяцы | Количество рабочих дней (часов) | Сумма фактической заработной платы, с которой начисляются страховые взносы | Среднедневная (среднечасовая) заработная плата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Всего: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| С какого времени и по которое  | За сколько дней (часов) | Размер помощи в % к зароботной плате | Дневное (часовое) пособие в руб. (грн.) и коп. | Всего начислено | Всего, с учётом заработной платы при переводе на другую работу |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 предприятия, учреждения, организации | **СПРАВКА О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ**Месячный оклад....................................... руб.(грн.) Дневная тарифная ставка........................ руб.(грн.) грн.При переводе за период болезни на другую работу с «.......»......................................20......г.по «.......»................................20......г. заработная плата за............. дней составляет................. руб.(грн.)**ПОДЛЕЖИТ ОПЛАТЕ**..............................................................................................................................................................................(всего насчитано — сумма словами)Включено в платежные ведомости за............................................ месяц 20 ...... г.Печать Фамилия и подпись руководителя ...................................  Подпись главного (старшего) бухгалтера……………... |