|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | Шифр  МКБ-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 стационаре  с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | | Направлен на МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  Подпись председателя ВКК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Перевести временно на другую работу  с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.   |  | | --- | | М.П. |   Подпись председателя ВКК\_\_\_\_\_\_ | | | |  | | --- | | М.П.  МСЭК |   Освидетельствован МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  Заключение МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись председателя  МСЭК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 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 работе  С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (словами число месяц)  Продолжает болеть  Выдан 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) дней  По беременности и родам в размере.......................................% за.................рабочих (календарных) дней  Помощь 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……………... |