|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заполняется врачом и младшим специалистом с медицинским образованием и хранится в учреждении здравоохранения | **СПРАВКА О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ** №…аттестованных лиц рядового и начальствующего состава**ПЕРВИЧНАЯ, ПРОДОЛЖЕНИЕ СПРАВКИ №**……………. (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**СПРАВКА О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ** №……….……аттестованных лиц рядового и начальствующего состава**ПЕРВИЧНАЯ, ПРОДОЛЖЕНИЕ СПРАВКИ №**……..……..  (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 – 2, последствия аварии на ЧАЭС – 3, несчастный случай на производстве и его последствия – 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 справки о временной 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 болетьВыдана новая справка о временной нетрудоспособности (продолжение) №\_\_ | } | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, фамилия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись врача) | Печать учреждения здравоохранения |