|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | 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 – 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 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 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 работе  С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (словами число месяц)  Продолжает болеть  Выдана новая справка о временной нетрудоспособности (продолжение) №\_\_ | | | | } | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, фамилия)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись врача) | | Печать учреждения здравоохранения |