Приложение 3

к Приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

09.11.2015 №012.1/526 (п.1.3.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **№ 158/у** | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный код | | | | | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | № |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **СПРАВКА**  **о результатах определения у застрахованного лица степени**  **утраты профессиональной трудоспособности в процентах**  (выдается страхователю) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Серия | |  | | | | | | | | | | | | | № | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (местонахождение МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (профиль МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество застрахованного лица) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ✂………………..……………………….…*линия отреза*………………..…………..………✂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР**  **СПРАВКА**  **о результатах определения у застрахованного лица степени**  **утраты профессиональной трудоспособности в процентах**  (выдается застрахованному лицу) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Серия | |  | | | | | | | | | | | | | № | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (местонахождение МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (профиль МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество застрахованного лица) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата освидетельствования | | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Оборотная сторона формы № 158/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указывается словами) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Причина утраты профессиональной трудоспособности | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 6. Дата установления страхового случая | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 7. Основание:  акт освидетельствования МСЭК № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Дата освидетельствования | | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | **Председатель МСЭК** | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | ((подпись) (Ф.И.О.) | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| ✂………………..……………………….…*линия отреза*………………..……………………….✂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 5. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указывается словами) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 6. Основание:  акт освидетельствования МСЭК № | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 7. Дата освидетельст-вования |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | **Председатель МСЭК** | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | (подпись) (Ф.И.О.) | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |

Продолжение приложения 3

к Приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

09.11.2015г. №012.1/526

(п.1.3)

**ИНСТРУКЦИЯ**

по заполнению формы первичной учетной документации № 158/у "Справка о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах"

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации "Справка о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах" (далее - форма № 158/у).

2. Форма № 158/у заполняется тем больным, которые подлежат обязательному государственному личному страхованию в случае утраты ими трудоспособности в результате травмы (ранения, контузии или увечья), заболевания, полученных при исполнении или прохождении военной службы или служебных обязанностей.

3. Форма № 158/у состоит из двух частей: одна выдается страхователю, вторая выдается застрахованному.

4. Часть справки, которая выдается страхователю:

4.1. В пункте 1 указывается местонахождение МСЭК.

4.2. В пункте 2 указывается профиль МСЭК.

4.3. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество застрахованного.

4.4. В пункте 4 арабскими цифрами и прописью указывается установленная степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

4.5. В пункте 5 указывается в связи с чем установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (травма при исполнении, заболевание при прохождении военной службы или исполнении служебных обязанностей и др.).

4.6. В пункте 6 указывается дата установления страхового случая.

4.7. В пункте 7 указывается номер акта освидетельствования МСЭК.

4.8. В пункте 8 указывается дата освидетельствования в МСЭК.

5. Часть справки, которая выдается застрахованному:

5.1. В пункте 1 указывается местонахождение МСЭК.

5.2. В пункте 2 указывается профиль МСЭК.

5.3. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество застрахованного.

5.4. В пункте 4 указывается дата освидетельствования в МСЭК.

5.5. В пункте 5 арабскими цифрами и прописью указывается установленная степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

5.6. В пункте 6 указывается номер акта освидетельствования.

5.7. В пункте 7 указывается дата выдачи справки.

6. Каждая часть формы № 158/у подписывается председателем и заверяется печатью МСЭК.

7. Ответственным за правильность заполнения формы № 158/у является председатель МСЭК.

Министр В.В.Кучковой