

Додаток

Зразки

Бордового
кольору

Зеленого
кольору
серії А

Синього
кольору
серії А

Зеленого
кольору
серії Б

ПОСВІДЧЕННЯ

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2001 р. № 1105

Дружини (чоловіка), опікунів дітей померлого громадянина із числа (ліквідаторів, потерпілих) категорії _____ смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою (невипробовано записана)

№ **025685** ☼

Прізвище _____
 Ім'я _____
 По батькові _____
 Підпис _____
 Дата видачі «__» _____ 20__ р.
 м. п. _____

ФОТО
3 x 4 см

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, передбачені статтями _____

Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Термін дії для опікунів до _____

Посвідчення діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

м. п. _____ (підпис керівника)

ПОСВІДЧЕННЯ

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 1992 р. № 301

учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 19__ р.

(Категорія 3)

Серія А № **145867** ☼

Прізвище _____
 Ім'я _____
 По батькові _____
 Власний підпис _____
 Дата видачі «__» _____ 19__ р.
 м. п. _____

ФОТО
3 x 4 см

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" (у редакції від 19 грудня 1991 р., із змінами і доповненнями від 1 липня 1992 р.) для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС і членів осіб, які працювали у зоні відчуження протягом 1986 року з 1 липня по 31 грудня від 1 до 5, у 1987 році від 1 до 14, у 1988-1990 роках - не менше 30 календарних днів.

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видала посвідчення)

м. п. _____ (підпис керівника установи)

ПОСВІДЧЕННЯ

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 26 січня 1997 р. № 51

учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 198__ р.

(Категорія 2)

Серія А № **509145** ☼

Прізвище _____
 Ім'я _____
 По батькові _____
 Підпис _____
 Дата видачі «__» _____ 20__ р.
 м. п. _____

ФОТО
3 x 4 см

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видала посвідчення)

(підпис керівника)

м. п. _____

ПОСВІДЧЕННЯ

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51

потерпілого від Чорнобильської катастрофи

(категорія 3)

Серія Б № **424629** С

Прізвище _____
 Ім'я _____
 По батькові _____
 Підпис _____
 Дата видачі «__» _____ 20__ р.
 м. п. _____

ФОТО
3 x 4 см

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

м. п. _____ (підпис керівника)

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка потерпіла внаслідок
Чорнобильської катастрофи
(категорія 2)

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51
Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

ФОТО
3 x 4 см

Серія Б № 300827 с

Прізвище _____
Ім'я _____
По батьковій _____
Підпис _____
Дата видачі « ____ » _____ 20__ р.
М.П. _____

**Посвідчення безстрокове
і діє на всій території України**

_____ (орган, який видав посвідчення)

М.П. _____ (підпис керівника)

Сірого кольору серії Б

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка постраждала внаслідок
Чорнобильської катастрофи
(категорія 1)

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51
Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

ФОТО
3 x 4 см

Серія А № 104980 с

Прізвище _____
Ім'я _____
По батьковій _____
Підпис _____
Дата видачі « ____ » _____ 20__ р.
М.П. _____

**Посвідчення безстрокове
і діє на всій території України**

_____ (орган, який видав посвідчення)

М.П. _____ (підпис керівника)

Синього кольору Серії А

ВКЛАДКА № 007162
до посвідчення дитини,
яка вилігла інвалідом, інвалідністю якої
пов'язана з Чорнобильською катастрофою

Прізвище _____
Ім'я _____ По батьковій _____
Дієсна до « ____ » _____ 199__ р.

ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА

М.П. _____ (орган виконавчої влади, який видав посвідчення)
_____ (підпис керівника органу виконавчої влади)

ВКЛАДКА № 649543 с
до посвідчення громадянина(ки), який(яка), постраждав(ла)
внаслідок Чорнобильської катастрофи

Категорія I серія А № _____

Прізвище _____
Ім'я _____ По батьковій _____
Дієсна до « ____ » _____ 200__ р.

ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА

М.П. _____ (орган виконавчої влади, який видав посвідчення)
_____ (підпис керівника органу виконавчої влади)

ПОСВІДЧЕННЯ
дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51
Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

ФОТО
3x4 см

Серія Д № 409879 * Н

Прізвище _____
Ім'я _____
По батьковій _____
Підпис батька (матері) _____
М.П. _____
Дата видачі « ____ » _____ 19__ р.
Серія і номер свідоцтва про народження _____

**ПОСВІДЧЕННЯ ДІЄ ДО ПОВНОЛІТТЯ ДИТИНИ
НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

_____ (орган, який видав посвідчення)

_____ (підпис керівника)

М.П. _____

Жовтого кольору серії Д

Держадміністрація _____

ДОВІДКА № _____

Видана _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

народження _____, який (яка) є
(рік народження)

неповнолітньою дитиною померлого (померлої) громадянина (громадянки)

(прізвище, ім'я, по батькові)

з числа учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, потерпілих (необхідне підкреслити) категорії _____, смерть якого (якої) пов'язана з Чорнобильською катастрофою.

Довідка є підставою для надання пільг і компенсацій, передбачених статтями _____ Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Заступник голови
держадміністрації

_____ р.
(підпис, ініціали та прізвище)

МП

Облдержадміністрація _____

ДОВІДКА № _____

Видана громадянину (громадянці) _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

про те, що він (вона) з моменту аварії по _____ постійно проживав (проживала) в зоні безумовного (обов'язкового) відселення у _____ області.

(найменування населеного пункту)

Довідка є підставою для видачі посвідчення потерпілого від Чорнобильської катастрофи (категорія 2) відповідно до статті 14 Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" і дає право на пільги, передбачені зазначеним Законом.

Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Заступник
облдержадміністрації _____ р.
(підпис, прізвище та

ГОЛОВИ
ініціали)

МП

<p>ПОСВІДЧЕННЯ</p> <p>(ким видано)</p> <p>серія УБД № 111111</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників бойових дій</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</p> <p>Дата видачі « _____ » _____ 20__ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p> <p><small>Зразок № 1 (Україна) Зов. № 01/11-2004-71-01</small></p>
<p>ПОСВІДЧЕННЯ</p> <p>(ким видано)</p> <p>серія В-І № 000000</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення є інвалідом _____ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – інвалідів війни</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</p> <p>Дата видачі "....." 20..... р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p> <p><small>Зразок № 2 (Україна) Зов. № 01/11-2004-71-01</small></p>
<p>ПОСВІДЧЕННЯ</p> <p>(ким видано)</p> <p>серія Д № 000000</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників війни</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</p> <p>Дата видачі « _____ » _____ 20__ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p> <p><small>Зразок № 3 (Україна) Зов. № 01/11-2004-71-01</small></p>

ПОСВІДЧЕННЯ	(яким видано)	Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для сімей загиблих (померлих) ветеранів війни	
	серія Т	№ 0000000	ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ
	Прізвище _____	Ім'я _____	Дата видачі "....." 20 р.
	По батькові _____	М.П. _____	М.П. _____
	Особистий підпис _____	(підпис керівника установи, військового комісара)	

Державний бланк "Україна" № 1/014/2002/18-01

Додаток 13

до Правил реєстрації місця проживання та Порядку передачі органами реєстрації інформації до Єдиного державного демографічного реєстру, що затверджені постановою КМУ від 2 березня 2016 р. № 207

ДОВІДКА про реєстрацію місця проживання особи

За відомостями _____
(назва органу реєстрації)

місце проживання _____

прізвище _____

ім'я _____

по батькові _____

дата і місце народження _____

громадянство/підданство _____

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі*

zareestrowane za adresuo _____
(адреса житла або адреса (місцезнаходження))

_____ спеціалізованої соціальної установи, закладу соціального обслуговування та соціального захисту

_____ або військової частини, за якою реєструється місце проживання)

з _____ 20 __ р. по _____ 20 __ р./по теперішній час
(необхідне зазначити).

М.П. _____

(підпис)

(посада, прізвище та ініціали)

* Для осіб, яким оформлено паспорт громадянина України чи паспорт громадянина України для виїзду за кордон засобами Єдиного державного демографічного реєстру.

Додаток 1

до пункту 1.1 Порядку

ПОСВІДЧЕННЯ
особі, яка одержує державну соціальну допомогу,
відповідно до Закону України "Про державну
соціальну допомогу інвалідам з дитинства
та дітям-інвалідам"
(2109-14)

звичайній бік

	Україна
ПОСВІДЧЕННЯ	

Стор. 1

Стор. 2

Кім'яни	(дані про законного представника (осібну) дітям-інвалідам або інвалідам з дитинства, законного повнолітнього)
Серія ААВ В (Державна соціальна допомога)	Ім'я По батькові Рік народження
Правління:	
Прізвище	фото законного представника
Ім'я	представника (осібну)
По батькові	дитина-інваліда
Рік народження	або інваліда з дитинства
	інваліда з дитинства
	неможливість на фактично перебувати
	Дата вилучі _____ 20__ р.

	Вертикаль структурного підрозділу _____ (місце)
Прізвище та група інвалідності (група визначена для інваліда (старше 18 років))	М.П.
	Номер особистої справи _____
(в разі причин невідомості необхідно зазначити: інвалідність (по слуху, зору, нерво-рухової апарату)	

Стор. 3 *

Стор. 4

Державну соціальну допомогу	Державну соціальну допомогу	Державну соціальну допомогу	Державну соціальну допомогу
продовжено	продовжено	продовжено	продовжено
з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.	з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.	з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.	з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.
до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.	до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.	до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.	до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.
у сумі _____ грн.	у сумі _____ грн.	у сумі _____ грн.	у сумі _____ грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(підпис керівника структурного підрозділу)	(підпис керівника структурного підрозділу)	(підпис керівника структурного підрозділу)	(підпис керівника структурного підрозділу)
Державну соціальну допомогу	Державну соціальну допомогу	Державну соціальну допомогу	Державну соціальну допомогу
продовжено	продовжено	продовжено	продовжено
з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.	з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.	з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.	з _____ 20__ р. (із _____ 20__ р.
до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.	до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.	до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.	до _____ 20__ р. (до _____ 20__ р.
у сумі _____ грн.	у сумі _____ грн.	у сумі _____ грн.	у сумі _____ грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(підпис керівника структурного підрозділу)	(підпис керівника структурного підрозділу)	(підпис керівника структурного підрозділу)	(підпис керівника структурного підрозділу)

Стор. 5

Стор. 6

Дані відповідно	(Посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу, відповідно до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" дії не на всіх територіях України. Згідно зі статтю 1 Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" інваліди з дитинства та дітям-інвалідам, які мають самостійно право на державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, на несія та на державну соціальну допомогу згідно із Законом України "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на
-----------------	--

Додаток
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 8 червня 2016 р. № 352)

ДОВІДКА
від _____ 20__ р. № _____
про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи

Видана _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата і місце народження _____

Стать _____

(серія, номер, дата видачі паспорта громадянина України, ким і коли виданий/дані

про документ, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус,

або свідоцтво про народження дитини)

Відомості про законного представника, що супроводжує малолітню дитину, недієздатну особу або особу, дієздатність якої обмежена _____

Зареєстроване місце проживання _____
(вулиця, номер будинку, квартири,

населений пункт, район, область, найменування та адреса дитячого закладу,

закладу охорони здоров'я, закладу соціального захисту дітей, до якого влаштовано

дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування)

Фактичне місце проживання/перебування _____
(вулиця, номер будинку,

квартири, населений пункт, район, область, найменування та адреса дитячого закладу,

закладу охорони здоров'я, закладу соціального захисту дітей, до якого влаштовано

дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування)

Довідка пред'являється разом з паспортом громадянина України або іншим документом, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус, або свідоцтвом про народження дитини.

Посадова особа структурного підрозділу з питань соціального захисту населення

(підпис)

_____ 20__ р.

МП

(місце для службової інформації)

(лінія відрізу)

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН до довідки від _____ 20__ р. № _____, виданої

(прізвище, ім'я, по батькові)

(серія, номер, дата видачі паспорта громадянина України, ким і коли виданий/
дані про документ, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус,
або свідоцтво про народження дитини)

(дата)

(підпис особи, якій видано довідку; законного
представника; керівника дитячого закладу, закладу
охорони здоров'я, закладу соціального захисту дітей,
до якого влаштовано дитину-сироту або дитину,
позбавлену батьківського піклування; родича
малолітньої дитини, вітчима, мачухи, в яких
проживає (перебуває) дитина; представника органу
опіки та піклування)

(місце для службової інформації)

{Додаток редакції Постанови КМ № 352 від 08.06.2016}

Інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів:

листки непрацездатності, форма якого затверджена наказом МОЗ, Мінсоцполітики, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03 листопада 2004 року № 532/274/136-ос/1406, зареєстрованим у Мінюсті 17 листопада 2004 року за № 1454/10053, - для зайнятого населення;

довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України, форма якої затверджена наказом Міністерства внутрішніх справ України від 23 березня 2016 року № 201, зареєстрованим у Мінюсті 12 квітня 2016 року за № 535/28665, - для поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України;

довідці про тимчасову непрацездатність військовослужбовця, виданій органом, у сфері управління якого перебуває заклад охорони здоров'я, - для військовослужбовців строкової служби, офіцерів та військовослужбовців військової служби за контрактом;

формі первинної облікової документації № 095/о «Довідка № про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I - IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для випускників загальноосвітніх навчальних закладів, учнів (слухачів, студентів) професійно-технічних закладів освіти;

формі первинної облікової документації № 080/о «Медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років», наведеній у додатку до Порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років, затвердженого наказом МОЗ від 04 грудня 2001 року № 482, зареєстрованого в Мінюсті 10 січня 2002 року за № 11/6299, або Індивідуальній програмі реабілітації дитини-інваліда № (вікова категорія від 0 до 18 років), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для дітей з інвалідністю віком до 18 років;

Індивідуальній програмі реабілітації інваліда № (вікова категорія від 18 років і старше), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для осіб з інвалідністю;

формі первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для інших осіб;

формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для інших осіб;

**Зразки форм довідок, що
затверджені наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства
охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 "Деякі
питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах
осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність",
зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року
за № 1707/29837:**

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ □□□□□□□□</p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 086-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України</p> <p>□□□□□□□□ N □□□□□□</p>		
<p>МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p>			
Дата видачі "___" _____ 20__ року			
1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____			
2. Дата народження (число, місяць, рік) _____			
3. Місце проживання особи _____			
4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта) _____			
5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____			
6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання			
/___/___/___/___/___/___/___/___/	/___/___/___/___/___/___/___/___/	/___/___/___/___/___/___/___/___/	/___/___/___/___/___/___/___/___/
(код мови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)
/___/___/___/___/___/___/___/___/	/___/___/___/___/___/___/___/___/	/___/___/___/___/___/___/___/___/	/___/___/___/___/___/___/___/___/
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)
7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання			

Голова медичної комісії (ЛКК)	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
Члени медичної комісії (ЛКК):	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
М. (закладу охорони здоров'я або ЛКК)			П.

5. Наявність контакту з інфекційним хворим (так, ні) _____

(підкреслити, вписати)

6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу

з _____ по _____ 20____ року

— _____

—

з _____ по _____ 20____ року

— _____

—

М.П.

Підпис лікаря _____

з _____ по _____ 20____ року

Звільнення продовжено

з _____ по _____ 20____ року

з _____ по _____ 20____ року

Прізвище лікаря, який видав довідку _____

М.П.

Підпис лікаря _____

Примітка. Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я
України

14 лютого 2012 року № 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 086/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p align="center">МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок) заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації від “___” _____ 20___ року</p>	
<p>1. Видана _____ (найменування і адреса закладу, що видав довідку)</p>	
<p>2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка</p>	
<p>3. Прізвище, ім'я, по батькові</p>	
<p>4. Стать чоловіча – 1; жіноча – 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 5. Дата народження <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік)</p>

6. Місце проживання хворого _____
7. Перенесені захворювання _____
8. Об'єктивні дані і стан здоров'я хворого на дату обстеження : _____ терапевт (лікар загальної практики – сімейний лікар, педіатр) _____ хірург _____ невропатолог _____ окуліст _____ отоларинголог _____ інші спеціалісти _____
9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження _____
10. Дані лабораторних досліджень _____
11. Дані інструментальних обстежень _____
12. Запобіжні щеплення (вказати дату) _____
13. Лікарський висновок про професійну придатність _____
Підпис особи, яка заповнила довідку _____
Підпис керівника закладу охорони здоров'я _____
М.П. _____

Листок непрацездатності

Лицьовий бік

Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N..... (відповідне підкреслити)		Серія..... N.....	КОРИНЕЦЬ								
	(прізвище, ім'я, то батькові непрацездатного)		(прізвище лікаря)									
(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)		N медичної карти.....	(Підпис одержувача)									
Виданий..... 20..... р.												
(число, місяць)												
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я В І Д Р І З У											
	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N..... (відповідне підкреслити)		Серія.....	N.....								
	(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Печатка закладу охорони здоров'я</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Чол.</td> <td style="text-align: center;">Жін.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">відповідно підкреслити</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Шифр МКХ-10.....</td> </tr> </table>		Печатка закладу охорони здоров'я		Чол.	Жін.	відповідно підкреслити		Шифр МКХ-10.....	
	Печатка закладу охорони здоров'я											
	Чол.	Жін.										
	відповідно підкреслити											
	Шифр МКХ-10.....											
	Виданий..... 20..... р.											
	(число, місяць)											
	(прізвище, ім'я, то батькові непрацездатного)		Вік.....									
		(покази років)										
(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)												
Діагноз первинний:		Діагноз заключний:										
Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.												
РЕЖИМ:		Відмітки про порушення режиму:										
Перебував у стаціонарі з..... 20..... р. по..... 20..... р.		Підпис лікаря..... Направлений у МСЕК..... 20..... р. Підпис голови ЛКК.....										
Перевести тимчасово на іншу роботу з..... 20..... р. по..... 20..... р.		Оглянутий у МСЕК..... 20..... р. Висновок МСЕК.....										
Підпис голови ЛКК..... М. П.												
Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря..... М. П.		Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК										
З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И												
З якого числа	До якого числа включно	Посада і прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря									
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)											
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)											
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)											
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)											
3	СТАТИ ДО РОБОТИ	посада, прізвище підпис лікаря	Печатка закладу охорони здоров'я									
3	(словами число і місяць) ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ Видано новий листок непрацездатності (продовження) N...											
ПРИМІТКА:												

Зворотний бік

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	<p align="center">..... (назва підприємства, установи, організації)</p> Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. N..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібно підкреслити). Не працював з "....."..... 20...р. до "....."..... 20...р. Неробочі дні за період непрацездатності..... align="right">(числа) До роботи став з ".....".....20...р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....				
Заповнюється вищим кадрів або уповноваженою особою	Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи, ветеран війни (потрібно підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібно підкреслити). align="center">(посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)				
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	<p align="center">ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:</p> З тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів З вагітності та пологів у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів Допомога не надається з причини:..... Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від..... 20..р. N..... align="center">(посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)				
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	<p align="center">ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ</p> Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн.				
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата	
Усього:.....				При переведенні під час хвороби на іншу роботу з "....."..... 20...р. до "....."..... 20...р. заробітна плата за..... днів становить.....	
<p align="center">НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ</p>					
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу
align="center">(усього нараховано — сума словами)				Включено до платіжної відомості за..... місяць 20.....р.	
Печатка Прізвище і підпис керівника.....		Підпис головного (старшого) бухгалтера...			

ДОВІДКА
про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії
України

Первинна, продовження довідки № _____
(потрібне підкреслити)

_____ (найменування закладу охорони здоров'я МВС)

Видана _____ 20__ року лікарем _____ вік _____
(спеціальне (військове) звання, прізвище, ім'я, по батькові тимчасово непрацездатного) (повних років)

(місце служби: найменування органу поліції, органу військового управління, об'єднання, з'єднання, військової частини (підрозділу), вищого військового навчального закладу, навчальної військової частини (центру), бази, закладу охорони здоров'я та установи Національної гвардії України)

(медична карта амбулаторного хворого № _____,
медична карта стаціонарного хворого № _____)

Діагноз первинний	Діагноз заключний	Шифр МКХ-10

Причина тимчасової непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції – 3, травма під час служби та її наслідки – 4, не виробничі травми – 5, карантин – 6, медична реабілітація та санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд за хворим членом сім'ї (вік) – 10.

Режим	Відмітка про порушення режиму	Підпис лікаря
Перебував у стаціонарі з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.		

ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СЛУЖБИ

З (число, місяць, рік)	До якого числа включно (словами число, місяць)	Прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря

ПРИСТУПИТИ ДО СЛУЖБИ

_____ (словами число і місяць)
МВС

Печатка

_____ закладу охорони
(посада, прізвище лікаря) здоров'я

ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ

Видано довідку про тимчасову

_____ (підпис лікаря)

непрацездатність (продовження) № _____

**ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації дитини-інваліда N _____
(вікова категорія від 0 до 18 років)**

Дата заповнення _____ ЛКК _____
(найменування лікувально-профілактичного закладу)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Наявність інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____

10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)

11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____

12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів виконання	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про
	обсяг	терміни	місце проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
санаторно-курортне лікування					
реконструктивна хірургія					
психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги:					
- колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне					

навчання					
- індивідуальна форма навчання					
- дистанційна форма навчання, екстернат					

- 3. Фізична реабілітація					

- консультування					

- ерготерапія					

- кінезотерапія					

- лікувальний масаж					

лікувальна фізкультура					

- 4. Професійна реабілітація					

- професійна орієнтація					

- професійний відбір					

- професійна освіта					

- експертиза потенційних професійних здібностей					

- професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					

- 5. Трудова реабілітація					

- пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей інваліда					

- раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					

- види професій і					

спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно- спортивна реабілітація					
навчання заняттям з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно- спортивної реабілітації інвалідів					
навчально- тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для					

орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - тифломагнітоли - машини, що читають - прилад для письма шрифтом Брайля - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - тростини тактильні					
- 3. Спеціальні засоби для самообслуговування:					
- допоміжні побутові пристрої					
- 4. Спеціальні засоби для догляду:					
- допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням					
- 5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю					
- меблі спеціального призначення - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні					

підручники, література шрифтом Брайля					

- 6. Протезні вироби:					
- ортопедичні вироби					
- ортопедичне взуття					
- спеціальний одяг					

- 7. Спеціальне фізкультурно- спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:					
- спеціальні крісла-колісні для занять окремими видами спорту					
- шведська стінка, інші спеціальні тренажери					
- спеціальне фізкультурно- спортивне обладнання					

- III Вироби медичного призначення					

- - протезування клапанів					
- забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС)					
- ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ					
- сечоприймачі					
- калоприймачі					
- слухові апарати					
- очні протези (тимчасові або індивідуальні)					
- окуляри					
- контактні лінзи					
- лупи					
- гіперокуляри					
- світлофільтри					
- діафрагмальні, мінусові ручні лінзи					
- акустичні окуляри					
- епіпротези, орбітальний					

**Індивідуальна програма реабілітації інваліда N ____
(вікова категорія від 18 років і старше)**

Дата заповнення _____ МСЕК _____
(найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна с освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
реконструктивна хірургія					
санаторно-курортне лікування					

психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги: - колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання - індивідуальна форма навчання - дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і					

спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання навичкам занять з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - прилад для письма шрифтом за Брайлем - тифломагнітоли					

<ul style="list-style-type: none"> - машини, що читають - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - книги, видруковані шрифтом Брайля - тростини тактильні 					
<p>3. Спеціальні засоби для самообслуговування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - допоміжні побутові пристрої 					
<p>4. Спеціальні засоби для догляду:</p> <ul style="list-style-type: none"> - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням 					
<p>5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля - меблі спеціального призначення 					
<p>6. Протезні вироби:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ортопедичні вироби - ортопедичне взуття - спеціальний одяг 					
<p>7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тренажери - спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту - шведська стінка - інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання 					
<p>III Вироби медичного</p>					

призначення					
- протезування клапанів - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ - сечоприймачі - калоприймачі - слухові апарати - очні протези (тимчасові або індивідуальні) - окуляри - контактні лінзи - лупи - гіперокуляри - світлофільтри - діафрагмальні, мінусові ручні лінзи - акустичні окуляри - тростини - епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока - протези зубів, щелеп					

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати)_____

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника)_____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника)

Підпис Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата _____

Додаток
до Порядку видачі медичного
висновку про дитину-інваліда
віком до 18 років

Код форми за ДКУД		Код форми за ДКУД	
Код закладу за ЄДРПОУ		Код закладу за ЄДРПОУ	
Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 8 0 / о Затверджена наказом МОЗ України 0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2	Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 8 0 / о Затверджена наказом МОЗ України 0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2
КОРИНЕЦЬ медичного висновку N _____ про дитину-інваліда віком до 18 років від " _____ " _____ р.		Медичний висновок N _____ про дитину-інваліда віком до 18 років (направляється в районне (міське) управління праці та соціального захисту населення за місцем проживання батьків, опікуна) від " _____ " _____ р.	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____		1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____	
2. Дата народження (число, місяць, рік)		2. Дата народження (число, місяць, рік)	
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____		3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____	
4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____		4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____	
5. Захворювання (патологічний стан) _____		5. Захворювання (патологічний стан) _____	
відповідає розділу _____, пункту _____, підпункту _____ Переліку медичних показань		відповідає розділу _____, пункту _____, підпункту _____ Переліку медичних показань	
Дійсний до " _____ " _____ р.		Дійсний до " _____ " _____ р.	

направлення в стаціонар _____	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)
Б) у стаціонарі: надходження _____	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)
	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)
6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):	
_____ _____ _____	
7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці	
_____ _____ _____	
8. Лікувальні і трудові рекомендації	
_____ _____ _____	
" ___ " _____ 20__ року	Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)	