

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
30.07.2012 № 577

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місце знаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ 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"/>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 158-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <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"/>
--	---

ВИПISKA
з акта огляду медико-соціальною експертною комісією
про результати визначення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках,
потреби у наданні медичної та соціальної допомоги
 (видається виконавчій дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України)
 до довідки серії _____ № _____

1. _____
 (місцезнаходження МСЕК)

2. _____
 (профіль МСЕК)

3. _____
 (прізвище, ім'я, по батькові працівника/службовця)

4. Дата огляду 5. Група інвалідності _____
 (число, місяць, рік) (вказати словами)

6. Огляд: _____ (вказати: первинний, повторний)

✂..... лінія відрізу.....

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Д О В І Д К А
про результати визначення ступеня втрати професійної
працездатності у відсотках, потреби у наданні медичної та соціальної допомоги
 (видається застрахованій особі)

Серія _____ № _____

1. _____
 (місцезнаходження МСЕК)

2. _____
 (профіль МСЕК)

3. _____
 (прізвище, ім'я, по батькові працівника/службовця)

4. Дата огляду 5. Група інвалідності _____
 (число, місяць, рік) (вказати словами)

6. Огляд: _____ (вказати: первинний, повторний)

7. Ступінь втрати професійної працездатності у відсотках:

(зазначається словами)

8. Причина втрати професійної працездатності _____

9. Дата встановлення страхового випадку _____

10. Дата переогляду

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

11. Потреба у медичній та соціальній допомозі: _____

12. Підстава: акт огляду МСЕК № _____

13. Дата видачі

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

М.П.

Голова МСЕК

_____ (підпис)

(_____) (П.І.Б.)

✂.....лінія відрізу.....✂

7. Ступінь втрати професійної працездатності у відсотках:

(зазначається словами)

8. Дата переогляду

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

9. Потреба у медичній та соціальній допомозі: _____

10. Підстава: акт огляду МСЕК № _____

11. Дата видачі

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

М.П.

Голова МСЕК

_____ (підпис)

(_____) (П.І.Б.)