

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 місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 158/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																								

Д О В І Д К А
про результати визначення у застрахованій особі ступеня
втрати професійної працездатності у відсотках
 (видається страхувальнику)

Серія _____ № _____

1.	(місцезнаходження МСЕК)
2.	(профіль МСЕК)
3.	(прізвище, ім'я, по батькові застрахованої особи)

✂.....лінія відрізу.....✂

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Д О В І Д К А
про результати визначення у застрахованій особі ступеня
втрати професійної працездатності у відсотках
 (видається застрахованій особі)

Серія _____ № _____

1.	(місцезнаходження МСЕК)
2.	(профіль МСЕК)
3.	(прізвище, ім'я, по батькові застрахованої особи)

4. Дата огляду

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

 (число, місяць, рік)

4. Ступінь втрати професійної працездатності у відсотках:

(зазначається словами)

5. Причина втрати професійної працездатності _____

6. Дата встановлення страхового випадку _____

7. Підстава: акт огляду МСЕК № _____

8. Дата огляду

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

(число, місяць, рік)

М.П.

Голова МСЕК _____ (_____)
(підпис) (П.І.Б.)

✂.....*лінія відрізу*.....✂

5. Ступінь втрати професійної працездатності у відсотках:

(зазначається словами)

6. Підстава: акт огляду МСЕК № _____

7. Дата

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

(число, місяць, рік)

М.П.

Голова МСЕК _____ (_____)
(підпис) (П.І.Б.)