**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<br>_____<br>_____<br>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма<br>_____<br>Код за ЄДРПОУ _____ | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**<br>Форма первинної облікової документації<br>**№ 160-1/о**<br>**ЗАТВЕРДЖЕНО**<br>Наказ МОЗ України<br>_____ № _____ |

**ЖУРНАЛ**
**обліку медико-соціальною експертною комісією індивідуальних програм реабілітації інвалідів**

Почато "_____"_____20_____ року Закінчено "____"_____20____ року

М.П.

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

Продовження форми №160-1/о

| Номер з/п | Прізвище, ім'я, по батькові інваліда | Дата складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР) | Направлення ІПР | | Дата видачі інваліду ІПР | Підпис інваліда про отримання ІПР |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | найменування органу, куди направлено | дата | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | |