

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51	
особи, яка потерпіла внаслідок Чорнобильської катастрофи		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".	
(категорія 2)			
ФОТО 3 x 4 см	Серія Б № 300827 с	Посвідчення безстрокове і діє на всій території України	
Прізвище _____	Ім'я _____	(орган, який видав посвідчення)	
По батькові _____	Підпис _____	М.П. _____ (підпис керівника)	
Дата видачі « ____ » ____ 20 ____ р.	М.П. _____		
ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51	
особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".	
(категорія 1)			
ФОТО 3 x 4 см	Серія А № 104980 с	Посвідчення безстрокове і діє на всій території України	
Прізвище _____	Ім'я _____	(орган, який видав посвідчення)	
По батькові _____	Підпис _____	М.П. _____ (підпис керівника)	
Дата видачі « ____ » ____ 20 ____ р.	М.П. _____		
ВКЛАДКА № 007162		ВКЛАДКА № 649543 с	
до посвідчення дитини, яка визнана інвалідом, інвалідність якої пов'язана з Чорнобильською катастрофою		до посвідчення громадянина (ки), який (яка), постраждав (ла) внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Серія Д № _____		Категорія 1 серія А № _____	
Прізвище _____		(учасник ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС або потерпілий від Чорнобильської катастрофи)	
Ім'я _____ По батькові _____		Прізвище _____	
Дійсна до « ____ » ____ 199 ____ р.		По батькові _____	
ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА		Дійсна до « ____ » ____ 200 ____ р.	
М.П. _____ (орган виконавчої влади, який видав посвідчення)		ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА	
(підпис керівника органу виконавчої влади) « ____ » ____ 199 ____ р.		М.П. _____ (орган виконавчої влади, який видав посвідчення)	
Держзнак. ПК «Україна». Зам. 7-3190. 1997		(підпис керівника органу виконавчої влади) « ____ » ____ 200 ____ р.	
ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51	
дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»	
(категорія 1)			
ФОТО 3x4 см	Серія Д № 409879 * Н	Посвідчення діє до повноліття дитини на всій території України	
Прізвище _____	Ім'я _____	(орган, який видав посвідчення)	
По батькові _____	Підпис батька (матері) _____	М.П. _____ (підпис керівника)	
Дата видачі: « ____ » ____ 19 ____ р.	Серія і номер свідоцтва про народження _____		
(ким і коли видане)			

Сірого кольору серії Б

Синього кольору Серії А

Жовтого кольору серії Д

ВКЛАДКА N _____

до посвідчення дитини з інвалідністю, пов'язаною з наслідками Чорнобильської катастрофи

Серія Д N _____

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Дійсна до _____ р.

Вкладка без посвідчення недійсна _____

(установа, яка видала вкладку)

Керівник установи

(підпис, ініціали та прізвище)

_____ р.

М. П.

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

(підпис, ініціали та прізвище)

_____ р.

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.

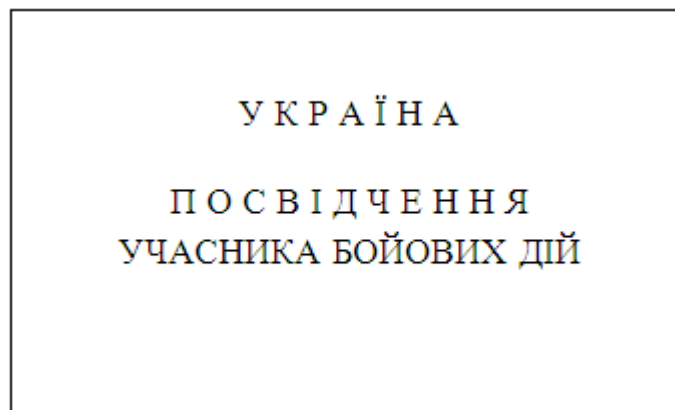
Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Заступник
облдержадміністрації _____ ГОЛОВИ
(підпис, прізвище та ініціали)

МП

Додаток № 2 до постанови Кабінету Міністрів України від 12 травня 1994 р. № 302
(у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. № 632)

Посвідчення учасника бойових дій
Лицьовий бік обкладинки

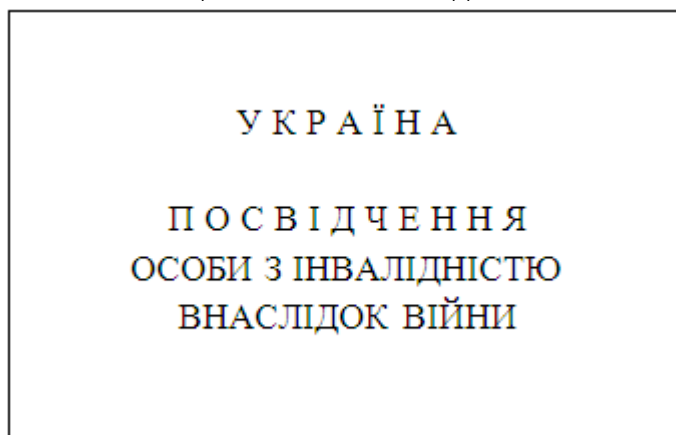


Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

_____ _____ (ким видано) ПОСВІДЧЕННЯ серія А № 000000 фото 3 x 4 см Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ МП _____ Особистий підпис _____		Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — учасників бойових дій ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі ____ 20__ р. МП _____ (підпис керівника установи, військового комісара)
--	--	--

ПОСВІДЧЕННЯ
особи з інвалідністю внаслідок війни
Лицьовий бік обкладинки



Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

_____ _____ (ким видано) ПОСВІДЧЕННЯ серія А № 000000 фото 3 x 4 см Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ МП _____ Особистий підпис _____		Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" Пред'явник цього посвідчення є особою з інвалідністю __ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — осіб з інвалідністю внаслідок війни ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі ____ 20__ р. МП _____ (підпис керівника установи, військового комісара)
--	--	---

БЛАНК-ВКЛАДКА
до посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни

Пред'явник цього посвідчення є особою з інвалідністю ____ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — осіб з інвалідністю внаслідок війни

ПОСВІДЧЕННЯ ДІЙСНЕ
ДО ____ 20__ р.
НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Дата видачі ____ 20__ р.
МП

(підпис керівника установи, військового комісара)

ПОСВІДЧЕННЯ
учасника війни
Лицьовий бік обкладинки

У К Р А Ї Н А

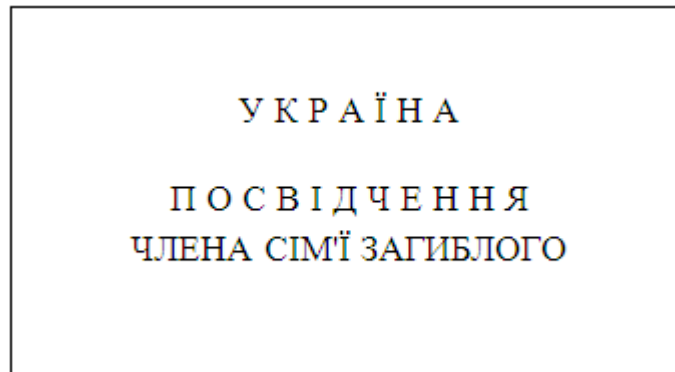
ПОСВІДЧЕННЯ
УЧАСНИКА ВІЙНИ

Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

_____ _____ (ким видано) ПОСВІДЧЕННЯ серія А № 000000 фото 3 x 4 см Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ МП _____ Особистий підпис _____	Пункт ____ частини ____ статті ____ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — учасників війни ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі ____ 20__ р. МП _____ _____ (підпис керівника установи, військового комісара)
--	---

ПОСВІДЧЕННЯ члена сім'ї загиблого
Лицьовий бік обкладинки



Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

(ким видано) ПОСВІДЧЕННЯ серія А № 000000 фото 3 x 4 см Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ МП Особистий підпис _____	Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для сімей загиблих (померлих) ветеранів війни ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі ____ 20__ р. МП (підпис керівника установи, військового комісара)
--	---

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*

зареєстроване за адресою _____
(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
особи, яка одержує державну соціальну допомогу,
відповідно до Закону України "Про державну
соціальну допомогу інвалідам з дитинства
та дітям-інвалідам"
(2109-14)

лицьовий бік

	УКРАЇНА
	ПОСВІДЧЕННЯ

Стор. 1

Стор. 2

Ким видано	Дані про законного представника (опікуна) дитини-інваліда або інваліда з дитинства, визнаного недієздатним:
ПОСВІДЧЕННЯ	Прізвище
Серія ААБ N	Ім'я
Державна соціальна допомога	По батькові
призначена:	Рік народження
Прізвище	
Ім'я	фото законного представника
По батькові	(опікуна)
Рік народження	дитини-інваліда або інваліда з дитинства
	(наклеюється за бажанням одержувача)
фото дитини-інваліда або інваліда дитинства	
	Дата видачі 20 р.

Керівник структурного підрозділу	(підпис)
Причина та група інвалідності: (група вказується для інвалідів старше 18 років)	М.П.
(крім причини інвалідності необхідно зазначити: інвалідність по слуху, зору, опорно-рухового апарату)	Номер особової справи

Стор. 3

Стор. 4

Державну соціальну допомогу призначено з 20 р. до 20 р. у сумі грн.	Державну соціальну допомогу продовжено з 20 р. до 20 р. у сумі грн.	Державну соціальну допомогу продовжено з 20 р. до 20 р. у сумі грн.	Державну соціальну допомогу продовжено з 20 р. до 20 р. 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 продовжено з 20 р. до 20 р. у сумі грн.	Державну соціальну допомогу продовжено з 20 р. до 20 р. у сумі грн.	Державну соціальну допомогу продовжено з 20 р. до 20 р. у сумі грн.	Державну соціальну допомогу продовжено з 20 р. до 20 р. 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

Для відміток	Посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу, відповідно до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" дійсне на всій території України. Згідно зі статтею 1 Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, на пенсію 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:

листка 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;

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 086-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> N <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												

про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

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 медикої комісії (ЛКК):	(підпис)		(прізвище, ім'я, по батькові)	
	(підпис)		(прізвище, ім'я, по батькові)	

М.	П.
(закладу охорони здоров'я або ЛКК)	

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) 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; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 086-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		
КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ N _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання			
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 умови)	/___/___/___/___/ (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. _____ П. _____ (закладу охорони здоров'я або ЛКК)			
Примітка. На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.			

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України
14 лютого № 110
2012 року

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 095/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	
Код за ЄДРПОУ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ № _ _ _ _

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 095/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	
Код за ЄДРПОУ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ №

ДОВІДКА № _____ про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу І–ІV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад	КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до довідки № _____
Дата видачі “ _____ ” _____ 20____ року 1. Студенту, учню, дитині, що відвідує дошкільний навчальний заклад (необхідне підкреслити)	Дата видачі “ _____ ” _____ 20____ року 1 Прізвище, ім’я, по батькові хворого _____
(найменування навчального закладу)	2. Найменування навчального закладу _____
2. Прізвище, ім’я, по батькові хворого _____	3. Діагноз (зазначається за згодою пацієнта) _____
3. Дата народження (рік, місяць, число, для дітей до 1 року – день) _____	4. Звільнений(на) від занять (роботи), відвідувань дошкільного навчального закладу
4. Діагноз захворювання (зазначається за згодою пацієнта), інші причини відсутності	

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

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"><tr><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"><tr><td colspan="2" data-bbox="1512 311 2101 391">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td></tr><tr><td colspan="2" data-bbox="1512 391 2101 821"> Форма первинної облікової документації № 086/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1"><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></tr></table></td></tr></table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		Форма первинної облікової документації № 086/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1"><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></tr></table>										№				
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ																												
Форма первинної облікової документації № 086/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1"><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></tr></table>										№																		
								№																				
МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок) заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації від "___" _____ 20___ року																												
1. Видана _____ (найменування і адреса закладу, що видав довідку)																												
2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка																												
3. Прізвище, ім'я, по батькові																												
4. Стать чоловіча – 1; жіноча – 2 <table border="1"><tr><td></td><td>5. Дата народження</td><td><table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, місяць, рік) </td></tr></table>			5. Дата народження	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, місяць, рік)																								
	5. Дата народження	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, місяць, рік)																										

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..... (прізвище лікаря)	КОРІНЦЬ								
	(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації) Виданий 20..... р. (число, місяць)		N медичної карти (Підпис одержувача)									
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.....	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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;">відповідне підкреслити</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Шифр МКХ-10.....</td> </tr> </table>	Печатка закладу охорони здоров'я		Чол.	Жін.	відповідне підкреслити		Шифр МКХ-10.....	
	Печатка закладу охорони здоров'я											
	Чол.	Жін.										
	відповідне підкреслити											
	Шифр МКХ-10.....											
	(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я) Виданий 20..... р. (число, місяць)											
	(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) Вік (повні роки)											
	(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. Підпис голови ЛКК..... М. П.		Оглянутий у МСЕК..... 20..... р. Висновок МСЕК.....										
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)											
СТАТИ ДО РОБОТИ		посада, прізвище підпис лікаря										
3 (словами число і місяць)												
ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ												
Видано новий листок непрацездатності (продовження) N...												

ПРИМІТКА:

Печатка
закладу охорони
здоров'я

Зворотний бік

Затверджується табельником або уповноваженою особою	(назва підприємства, установи, організації) Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. N..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібно підкреслити). Не працював з "....." 20... р. до "....." 20... р. Неробочі дні за період непрацездатності (числа) До роботи став з "....." 20... р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....				
Затверджується відділом 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). (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)				
Затверджується комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА: З тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів З вагітності та пологов 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 (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)				
ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ 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.....					
НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ					
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
(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, невинуватні 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		
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	проведення	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 підіймання					
- 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 ПІР			після виконання ПІР		
		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					

- машини, що читають - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - книги, видруковані шрифтом Брайля - тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: - допоміжні побутові пристрої					
4. Спеціальні засоби для догляду: - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підіймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля - меблі спеціального призначення					
6. Протезні вироби: - ортопедичні вироби - ортопедичне взуття - спеціальний одяг					
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: - тренажери - спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту - шведська стінка - інші спеціальні тренажери та 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 - 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 закладу за ЄДРПОУ								

Код форми за ДКУД								
-----+-----								
Код закладу за ЄДРПОУ								

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 8 0 / 0
Найменування закладу	----- 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.

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

2. Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

5. Захворювання (патологічний стан) _____

відповідає розділу _____, пункту _____,
підпункту _____ Переліку медичних показань

Дійсний до "____" _____ р.

Л
і
н
і
я
в
і
д
р
і
з
у

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 8 0 / 0
Найменування закладу	----- Затверджена наказом МОЗ України 0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2 -----

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 _____

2. Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

5. Захворювання (патологічний стан) _____

Дата переогляду " _____ " _____ р.

Головний лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

(Заступник головного лікаря з мед. частини) _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Лікуючий лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Направлено в районне (міське)
управління праці та соціального захисту населення

" _____ " _____ р. Поштова квитанція
(дата)

стор. 2 ф. № 080/о

6. Висновок. Наявне захворювання (патологічний стан)
відповідає розділу _____, пункту _____,
підпункту _____ Переліку медичних показань,
що дають право на одержання державної соціальної допомоги
на дітей-інвалідів віком до 18 років, затвердженого
наказом Міністерства охорони здоров'я України,
Міністерства праці та соціальної політики України,
Міністерства фінансів України від 8 листопада 2001 р.
N 454/471/516

Висновок дійсний до " _____ " _____ р.

Дата переогляду " _____ " _____ р.

М.П. Головний лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

(Заступник головного лікаря з медичної частини)
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Лікуючий лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

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 		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 027/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _ _ _ _ _ _ _ N _ _ _ _ _	
Код за ЄДРПОУ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
ВИПИСКА із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого			
У _____ (найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)			
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____ 2. Дата народження _ _ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік) 3. Місце проживання хворого: область _____, район _____, місто(село) _____, вулиця _____, будинок _____, кв. _____ 4. Місце роботи (посада) _____			
5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі:			
захворювання		_ _ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	
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)

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 	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 157-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №
--	--

ВИПISKA з акта огляду медико-соціальною експертною комісією до довідки серії _____ № _____ (надсилається за місцем призначення пенсії чи місцезнаходженням пенсійної справи)
--

1. _____ (місцезнаходження МСЕК)	
2. _____ (профіль МСЕК)	
3. _____ (прізвище, ім'я, по батькові інваліда)	
4. Дата народження (число, місяць, рік)	5. Місце проживання _____
6. Дата огляду інваліда (число, місяць, рік)	7. Огляд _____ (первинний, повторний)
8. Група інвалідності _____	
9. Причина інвалідності _____ (словами)	
10. Інвалідність встановлена до _____ 20 _____ року	
11. Дата чергового переогляду (число, місяць, рік)	

✂.....лінія відрізу.....✂

Висновки медико-соціальних експертних комісій про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1. _____ (місцезнаходження МСЕК)	
2. _____ (профіль МСЕК)	
ДОВІДКА до акта огляду медико-соціальною експертною комісією (видається інваліду)	
3. Серія _____ № _____	
4. _____ (прізвище, ім'я, по батькові інваліда)	
5. Дата народження (число, місяць, рік)	6. Дата огляду (число, місяць, рік)
7. Огляд інваліда _____	
8. Група інвалідності _____ (первинний, повторний)	
9. Причина інвалідності _____ (словами)	
10. Інвалідність встановлена на строк до _____ 20 _____ року	
11. Дата чергового переогляду (число, місяць, рік)	

12. Діагноз МСЕК _____

13. Висновок про умови та характер праці

14. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності інваліда _____

15. Підстава: акт огляду МСЕК № _____

16. Дата

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

(число, місяць, рік)**Голова МСЕК**

М.П.

(підпис)

(П.І.Б.)

✂.....*лінія відрізу*.....✂

12. Висновок про умови та характер праці

13. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності

14. Підстава: акт огляду МСЕК № _____

15. Дата

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

(число, місяць, рік)**Голова МСЕК**

М.П.

(підпис)

(П.І.Б.)