

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 <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"/> <input type="text"/>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 157-1/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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Місце проживання _____ (число, місяць, рік)
6. Дата огляду інваліда <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7. Огляд _____ (число, місяць, рік) (первинний, повторний)
8. Група інвалідності _____
9. Причина інвалідності _____ (словами)
10. Інвалідність встановлена до _____ 20 _____ року
11. Дата чергового перегляду <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"/> <input type="text"/> (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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. Дата огляду <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік) (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 перегляду <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"/> <input type="text"/> (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.)