

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**Наказ Міністерства**  
**охорони здоров'я України**  
**30.07.2012 № 577**

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></p>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації <b>№ 157-3/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> № <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></p>
<p><b>ДОВІДКА</b> <b>для направлення інваліда в будинок-інтернат</b></p>	
<p>1. Видана інваліду _____ <span style="margin-left: 200px;">(прізвище, ім'я, по батькові)</span></p>	
<p>2. Дата народження інваліда <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <span style="margin-left: 100px;">(число, місяць, рік)</span></p>	
<p>3. Група інвалідності _____ <span style="margin-left: 200px;">(вказати словами)</span></p>	
<p>(причина інвалідності)</p>	
<p>4. Місце проживання інваліда _____</p>	
<p>в тому, що він (вона) <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <span style="margin-left: 100px;">(дата огляду)</span> оглядався(лась)</p>	
<p>(профіль МСЕК)</p>	
<p>5. За станом здоров'я може знаходитися в будинку-інтернаті для психохроніків чи загального типу.</p>	
<p>М.П. <span style="margin-left: 150px;"><b>Голова МСЕК</b></span> _____ (_____) <span style="margin-left: 200px;">(підпис)</span> <span style="margin-left: 150px;">(П.І.Б.)</span></p>	