

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 <hr/> <hr/> Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма <hr/> 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></tr></table>											МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 157-2/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></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></tr></table>																				
ВИСНОВОК про час настання інвалідності від “ ____ ” _____ 20 ____ року																															
1. _____ (профіль МСЕК)																															
2. Розглянула медичну документацію інваліда _____ (прізвище, ім'я, по батькові) з метою визначення у нього часу настання інвалідності.																															
3. Час настання інвалідності: _____																															
4. Враховуючи викладене вище, медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) вважає, що громадянин _____ (прізвище, ім'я, по батькові) за діагнозом: _____																															
з “ ____ ” _____ 20 ____ року визнається інвалідом _____ групи (словами)																															
5. Підтвердні документи: _____																															
М.П. Голова МСЕК _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)																															