Лицьовий бік

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заповнюється лікарем  і зберігається в закладі  охорони здоров’я | **ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ**  **ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №**....................  (відповідне підкреслити)  ...........................................................................................................  (прізвище, ім’я, по батькові непрацездатного)  ...........................................................................................................  (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)  Виданий ........................................................................ 20.......... р.  (число, місяць) | Серія .............. **№**.............  ...................................................  (прізвище лікаря)  № медичної карти ...................  ...................................................  (Підпис одержувача) | **К О Р І Н Е Ц Ь** |

Л І Н І Я В І Д Р І З У

**ПРИМІТКА:**

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

**ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ**

**ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №**.......................... Серія............. **№**.............

(відповідне підкреслити)

|  |  |
| --- | --- |
| Печатка закладу охорони здоров’я | |
|  |  |
| Чол. | Жін. |
| відповідне підкреслити | |
|  | |

Шифр

МКХ-10...........

................................................................................................................................................

(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров’я)

Виданий ............................................................................................................. 20.......... р.

(число, місяць)

.............................................................................................................................. Вік ..........

(прізвище, ім’я, по батькові непрацездатного) (повних років)

................................................................................................................................................

(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:  Підпис лікаря................................................................... |
|  | Перебував у стаціонарі  З..........................20.....р. по.........................20.....р. | 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........................................................  .....................................................................................    Підпис голови МСЕК................................... |
| М. П.  МСЕК | Видачу листка непрацездатності дозволяю:  Підпис головного лікаря.............................. М. П. |

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 |
|  | З  (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
|  | З  (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
|  | З  (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
|  | З  (число, місяць, рік) | (словами число і місяць) |  |  |
| }  Печатка закладу охорони здоров’я | СТАТИ ДО РОБОТИ  З  (словами число і місяць)  ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТИ  Видано новий листок непрацездатності (продовження) №…  № №................ | | .................................................  посада, прізвище  .................................................  підпис лікаря | |