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 стаціонаріЗ..........................20.....р. по.........................20.....р. | Направлений у МСЕК ..................................20.....р.Підпис голови ЛКК.................................................... |
|  | Перевести тимчасово на іншу роботуз............................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 РОБОТИЗ(словами число і місяць)ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТИВидано новий листок непрацездатності (продовження) №…№ №................ |  ................................................. посада, прізвище ................................................. підпис лікаря |