

Додаток

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2001 р. № 1105	
дружини (чоловіка), опікуна дітей померлого громадянина із числа (ліквідаторів, потерпілих) категорії _____, смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою (непотрібне закреслити)		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, передбачені статтями _____	
ФОТО 3 x 4 см	№ 025685 *	Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".	
	Прізвище _____	Термін дії для опікуна до _____	
	Ім'я _____	Посвідчення діє на всій території України	
	По батькові _____	(орган, який видав посвідчення)	
	Підпис _____	М. П. _____ (підпис керівника)	
Дата видачі "____" _____ 20 р. М. П. _____			

ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 1992 р. № 501	
учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 19____р.		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" (у редакції від 19 грудня 1991 р., із змінами і доповненнями від 1 липня 1992 р.) для учасників ліквідації наслідків аварії Чорнобильської АЕС з числа осіб, які працювали у зоні відчуження протягом 1986 року з 1 липня по 31 грудня від 1 до 5, у 1987 році від 1 до 14, у 1988—1990 роках — не менше 30 календарних днів.	
ФОТО 3 x 4 см	(Категорія 3)	Посвідчення безстрокове і діє на всій території України	
	Серія А № 145867 *	(установа, яка видала посвідчення)	
	Прізвище _____	М. П. _____ (підпис керівника установи)	
	Ім'я _____		
	По батькові _____		
Власний підпис _____			
Дата видачі "____" _____ 19 р. М. П. _____			

ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51	
учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 198____р.		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".	
ФОТО 3 x 4 см	(Категорія 2)	Посвідчення безстрокове і діє на всій території України	
	Серія А № 509145 *	(установа, яка видала посвідчення)	
	Прізвище _____	М. П. _____ (підпис керівника)	
	Ім'я _____		
	По батькові _____		
Підпис _____			
Дата видачі "____" _____ 20 р. М. П. _____			

ПОСВІДЧЕННЯ		Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51	
потерпілого від Чорнобильської катастрофи		Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".	
ФОТО 3 x 4 см	(категорія 3)	Посвідчення безстрокове і діє на всій території України	
	Серія Б № 424629 С	(орган, який видав посвідчення)	
	Прізвище _____	М. П. _____ (підпис керівника)	
	Ім'я _____		
	По батькові _____		
Підпис _____			
Дата видачі «____» _____ 20 р. М. П. _____			

Бордового
кольоруЗеленого
кольору
серії АСинього
кольору
серії АЗеленого
кольору
серії Б

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка потерпіла внаслідок
Чорнобильської катастрофи
(категорія 2)

Затверджено постановою Кабінету
Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені
Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали
внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Серія Б № 300827 С

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Підпис _____
Дата видачі « ____ » ____ 20 ____ р.
М.П. _____

ФОТО
3 x 4 см

Посвідчення безстрокове
і діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

М.П. _____
(підпис керівника)

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка постраждала внаслідок
Чорнобильської катастрофи
(категорія 1)

Затверджено постановою Кабінету
Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені
Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали
внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Серія А № 104980 С

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Підпис _____
Дата видачі « ____ » ____ 20 ____ р.
М.П. _____

ФОТО
3 x 4 см

Посвідчення безстрокове
і діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

М.П. _____
(підпис керівника)

ВКЛАДКА № 007162
до посвідчення дитини,
яка визнана інвалідом, інвалідність якої
пов'язана з Чорнобильською катастрофою

Серія Д № _____

Прізвище _____
Ім'я _____ По батькові _____
Дійсна до « ____ » ____ 199 ____ р.

ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА

М.П. _____
(орган виконавчої влади, який видав посвідчення)

(підпис керівника органу виконавчої влади)

Держзнак. ПК «Україна». Зам. 7-3190. 1997

ВКЛАДКА № 649543 С
до посвідчення громадянина (ки), який (яка), постраждав (ла)
внаслідок Чорнобильської катастрофи

Категорія 1 серія А № _____

(учасник ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС або потерпілий
від Чорнобильської катастрофи)

Прізвище _____
Ім'я _____ По батькові _____
Дійсна до « ____ » ____ 200 ____ р.

ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА

М.П. _____
(орган виконавчої влади, який видав посвідчення)

(підпис керівника органу виконавчої влади)

ПОСВІДЧЕННЯ
дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України
від 20 січня 1997 р. № 51

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації,
встановлені Законом України «Про статус і соціальний захист
громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»

Серія Д № 409879 * Н

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Підпис батька (матері) _____
М.П. _____
Дата видачі: « ____ » ____ 19 ____ р.
Серія і номер свідоцтва про народження _____

ФОТО
3x4 см

ПОСВІДЧЕННЯ ДІЄ ДО ПОВНОЛІТТЯ ДИТИНИ
НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

орган, який видав посвідчення

підпис керівника

М.П. _____

(ким і коли видане)

Сірого
кольору
серії БСинього
кольору
Серії АЖовтого
кольору
серії Д

Додаток N 7
до Порядку видачі посвідчень особам, які
постраждали внаслідок Чорнобильської
катастрофи, що затверджений
постановою КМУ від 20 січня 1997 р. N 51

ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЯ _____

КОРІНЕЦЬ ДОВІДКИ N _____

Виданий гр-ну (ці) _____
(прізвище, ім'я,

_____ по батькові)
про те, що він(вона) дійсно постійно проживає або постійно працює
чи постійно навчається на території зони посиленого
радіоекологічного контролю і за станом на 1 січня 1993 р.
проживав(ла) або відпрацював(ла) чи навчався(лася) у цій зоні не
менше _____ чотирьох _____ років
у _____

_____ (найменування населеного пункту) _____ області.

Довідка є підставою для видачі посвідчення потерпілого від
Чорнобильської катастрофи, віднесеного до категорії 4, відповідно
до статті 14 Закону України "Про статус і соціальний захист
громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" і
дає право на пільги, передбачені цим Законом.

Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Посадова особа,
яка видала довідку _____
(підпис)

Довідку одержав (ла) _____
(підпис)

" " _____ 19 р.

МП

Продовження додатка N 7

ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЯ _____

ДОВІДКА N _____

видана гр-ну(ці) _____ прізвище, ім'я,

_____ по батькові)
про те, що він(вона) постійно проживає або постійно працює чи
постійно навчається на території зони посиленого радіоекологічного
контролю і за станом на 1 січня 1993 р. проживав(ла) або
відпрацював(ла) у цій зоні не менше чотирьох _____ років у _____

_____ області.
(найменування населеного пункту)

Довідка є підставою для видачі посвідчення потерпілого від Чорнобильської катастрофи, віднесеного до категорії 4, відповідно до статті 14 Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" і дає право на пільги, передбачені цим Законом.

Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Заступник голови
держадміністрації

(підпис)

МП

"__" _____ 19 __ р.

ПОСВІДЧЕННЯ (ким видано) серія УБД № 111111 Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ М.П. Особистий підпис _____	Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників бойових дій ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі «__» _____ 20__ р. М.П. _____ (підпис керівника установи, військового комісара)
--	--

ПК «Україна». Зам. 15-3462. 2005 р. III кв.

ПОСВІДЧЕННЯ (ким видано) серія В-І № 000000 Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ М.П. Особистий підпис _____	Пред'явник цього посвідчення є інвалідом __ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – інвалідів війни ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі "....." 20 р. М.П. _____ (підпис керівника установи, військового комісара)
--	---

Держзнак. ПК «Україна». Зам. 6-3816. 2006 р. IV кв.

ПОСВІДЧЕННЯ (ким видано) серія Д № 000000 Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ М.П. Особистий підпис _____	Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників війни ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі «__» _____ 20__ р. М.П. _____ (підпис керівника установи, військового комісара)
--	--

Держзнак. КОФ. Зам 740. 2003 р. II кв.

ПОСВІДЧЕННЯ	(ким видано) серія Т № 000000 Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ М.П. _____ Особистий підпис _____	Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для сімей загиблих (померлих) ветеранів війни ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Дата видачі "...." 20 р. М.П. _____ _____ (підпис керівника установи, військового комісара) Державна ПР "Україна", бланк 6-3016, 2006 р. III кв.
---	---	---

Додаток 13
до Правил реєстрації місця проживання та Порядку передачі органами реєстрації інформації до
Єдиного державного демографічного реєстру, що затверджені постановою КМУ від 2 березня
2016 р. № 207

ДОВІДКА про реєстрацію місця проживання особи

За відомостями _____
(назва органу реєстрації)

місце проживання _____

прізвище _____

ім'я _____

по батькові _____

дата і місце народження _____

громадянство/підданство _____

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі*

зареєстроване за адресою _____
(адреса житла або адреса (місцезнаходження))

спеціалізованої соціальної установи, закладу соціального обслуговування та соціального захисту

або військової частини, за якою реєструється місце проживання)

з _____ 20 ____ р. по _____ 20 ____ р./по теперішній час
(необхідне зазначити).

М.П. _____

_____ (підпис) _____ (посада, прізвище та ініціали)

* Для осіб, яким оформлено паспорт громадянина України чи паспорт громадянина України для виїзду за кордон засобами Єдиного державного демографічного реєстру.

1.06.2017

Про затвердження Порядку обліку зберегання, оформлен... від 16.11.2007 № 612 (Текст для друку)

Додаток 1

до пункту 1.1 Порядку

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка одержує державну соціальну допомогу,
відповідно до Закону України "Про державну
соціальну допомогу інвалідам з дитинства
та дітям-інвалідам"
(2109-14)

лищовий бік

	УКРАЇНА
	ПОСВІДЧЕННЯ

Стор. 1

Стор. 2

Ким видано	Дані про законного представника
	(опікуна) дитини-інваліда або
	інваліда з дитинства, визнаного
ПОСВІДЧЕННЯ	недієздатним:
	Прізвище
Серія ААВ N	Ім'я
Державна соціальна допомога	По батькові
	Рік народження
призначена:	
Прізвище	
Ім'я	фото законного
По батькові	представника
Рік народження	(опікуна)
	дитини-інваліда
	або інваліда з
	дитинства
фото дитини-інваліда	(наклеється за
або інваліда	бажанням
дитинства	одержувача)
	Дата видачі 20 р.

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1349-07/print/1443087689104566>

21.06.2017

Про затвердження Порядку обліку зберегання, оформлен... від 16.11.2007 № 612 (Текст для друку)

	Керівник структурного
	підрозділу
(Причина та група інвалідності:	(підпис)
(група вказується для інвалідів	
(старше 18 років)	М.П.
	Номер особової справи
(крім причини інвалідності	
необхідно зазначити: інвалідність	
(по слуху, зору, опорно-рухового	
(апарату)	

Стор. 3

Стор. 4

Державну	Державну	Державну	Державну
соціальну допомогу/соціальну допомогу	соціальну допомогу/соціальну допомогу	соціальну допомогу/соціальну допомогу	соціальну допомогу/соціальну допомогу
призначено	продовжено	продовжено	продовжено
з 20 р. із 20 р.	з 20 р. із 20 р.	з 20 р. із 20 р.	з 20 р. із 20 р.
до 20 р. до 20 р.	до 20 р. до 20 р.	до 20 р. до 20 р.	до 20 р. до 20 р.
у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника
структурного	структурного	структурного	структурного
підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)
Державну	Державну	Державну	Державну
соціальну допомогу/соціальну допомогу	соціальну допомогу/соціальну допомогу	соціальну допомогу/соціальну допомогу	соціальну допомогу/соціальну допомогу
продовжено	продовжено	продовжено	продовжено
з 20 р. із 20 р.	з 20 р. із 20 р.	з 20 р. із 20 р.	з 20 р. із 20 р.
до 20 р. до 20 р.	до 20 р. до 20 р.	до 20 р. до 20 р.	до 20 р. до 20 р.
у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника
структурного	структурного	структурного	структурного
підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)

Стор. 5

Стор. 6

Для відміток	Посвідчення особи, яка одержує державну
	соціальну допомогу, відповідно до
	Закону України "Про державну соціальну
	допомогу інвалідам з дитинства та
	дітям-інвалідам" дійсне на всій
	території України.
	(Згідно зі статтею 1 Закону України "Про
	державну соціальну допомогу інвалідам з
	дитинства та дітям-інвалідам" інвалідам
	з дитинства та дітям-інвалідам, які
	мають одночасно право на державну
	соціальну допомогу відповідно до цього
	Закону, на пенсію та на державну
	соціальну допомогу згідно із Законом
	України "Про державну соціальну
	допомогу особам, які не мають права на

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1349-07/print/1443087689104566>

1/3

2/3

Додаток
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 26 серпня 2015 р. № 636)

ДОВІДКА
від _____ 20__ р. № _____
про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи

Видана

(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата і місце народження

Стать _____

(серія, номер, дата і суб'єкт видачі паспорта громадянина України/дані про інший

документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України)

Відомості про малолітніх, неповнолітніх осіб, які прибули разом із внутрішньо переміщеною особою

Зареєстроване місце проживання

(вулиця, номер будинку, номер квартири,

населений пункт, район, область)

Фактичне місце проживання

(вулиця, номер будинку, номер квартири,

населений пункт, район, область)

Довідка пред'являється разом із паспортом громадянина України або іншим документом, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України.

Посадова особа структурного підрозділу
з питань соціального захисту населення

(підпис)

М.П. _____ 20__ р.

місце для службової інформації

(лінія відрізу)

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН до довідки від _____ № _____

_____,

виданої

(прізвище, ім'я, по батькові)

(серія, номер, дата і суб'єкт видачі паспорта громадянина України/
дані про інший документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України)

(дата)

(підпис особи, якій видано довідку)

місце для службової інформації

Зворотний бік довідки

Місце для відмітки про
реєстрацію місця проживання
(проставляється
територіальним підрозділом
ДМС)

{Додаток із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 264 від 15.04.2015; в редакції
Постанови КМ № 636 від 26.08.2015}

Інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів::

листка непрацездатності, форма якого затверджена наказом МОЗ, Мінсоцполітики, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03 листопада 2004 року № 532/274/136-ос/1406, зареєстрованим у Мінюсті 17 листопада 2004 року за № 1454/10053, - для зайнятого населення;

довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України, форма якої затверджена наказом Міністерства внутрішніх справ України від 23 березня 2016 року № 201, зареєстрованим у Мінюсті 12 квітня 2016 року за № 535/28665, - для поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України;

довідці про тимчасову непрацездатність військовослужбовця, виданій органом, у сфері управління якого перебуває заклад охорони здоров'я, - для військовослужбовців строкової служби, офіцерів та військовослужбовців військової служби за контрактом;

формі первинної облікової документації № 095/о «Довідка № про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I - IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для випускників загальноосвітніх навчальних закладів, учнів (слухачів, студентів) професійно-технічних, вищих навчальних закладів;

формі первинної облікової документації № 080/о «Медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років», наведеній у додатку до Порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років, затвердженого наказом МОЗ від 04 грудня 2001 року № 482, зареєстрованого в Мінюсті 10 січня 2002 року за № 11/6299, або **Індивідуальній програмі реабілітації дитини-інваліда №** (вікова категорія від 0 до 18 років), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для дітей-інвалідів віком до 18 років;

Індивідуальній програмі реабілітації інваліда № (вікова категорія від 18 років і старше), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для інвалідів;

формі первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для інших осіб;

формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для інших осіб;

Зразки форм довідок, що
затверджені наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства
охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 "Деякі
питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах
осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність",
zareєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року
за № 1707/29837:

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 086-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																
МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК N _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання																	
Дата видачі " ____ " _____ 20__ року 1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____ 2. Дата народження (число, місяць, рік) _____ 3. Місце проживання особи _____ 4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта) _____ 5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____ 6. Коды умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> </tr> <tr> <td>(код умови)</td> <td>(код умови)</td> <td>(код умови)</td> <td>(код умови)</td> </tr> <tr> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> <td>/ ____ / ____ / ____ / ____ /</td> </tr> <tr> <td>(код умови)</td> <td>(код умови)</td> <td>(код умови)</td> <td>(код умови)</td> </tr> </table>		/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)
/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /														
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)														
/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /														
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)														
7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання _____ _____																	
Голова медичної комісії (ЛКК)	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">(підпис)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> </table>	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)														
(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)																

Члени медичної комісії (ЛКК):	_____	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	

М. П.
(закладу охорони здоров'я або ЛКК)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____

Код за ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 Форма первинної облікової документації
N 086-3/о
ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства освіти і науки України,
 Міністерства охорони здоров'я України

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N

--	--	--	--	--	--

КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ N _____
про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

Дата видачі " ____ " _____ 20__ року

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____

2. Дата народження (число, місяць, рік) _____

3. Місце проживання особи _____

4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта) _____

5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____

6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

/ ____/____/____/____/____/	/ ____/____/____/____/____/	/ ____/____/____/____/____/	/ ____/____/____/____/____/
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)
/ ____/____/____/____/____/	/ ____/____/____/____/____/	/ ____/____/____/____/____/	/ ____/____/____/____/____/
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)

7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але

створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання			
Голова медичної комісії (ЛКК)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
Члени медичної комісії (ЛКК):	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
М. П. (закладу охорони здоров'я або ЛКК)			
Примітка. На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.			

5. Наявність контакту з інфекційним хворим (так, ні) _____	
(підкреслити, вписати)	
6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу	
з _____	по _____ 20____ року
_____	_____
_____	_____
з _____	по _____ 20____ року
_____	_____
_____	_____
М.П.	Підпис лікаря _____

з _____	по _____	20____ року
_____	_____	
Звільнення продовжено		
з _____	по _____	20____ року
_____	_____	
_____	_____	
з _____	по _____	20____ року
_____	_____	
_____	_____	
Прізвище лікаря, який видав довідку _____		
М.П.		
Підпис лікаря _____		
<i>Примітка. Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.</i>		

**ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації дитини-інваліда N _____
(вікова категорія від 0 до 18 років)**

Дата заповнення _____ ЛКК _____
(найменування лікувально-профілактичного закладу)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Наявність інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____
13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I			II		
		III			I		
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів виконання	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про
	обсяг	терміни	місце		
	проведення	проведення			
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
санаторно-курортне лікування					
реконструктивна хірургія					
психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого- педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого- педагогічна діагностика					
психолого- педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги:					
- колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання					
- індивідуальна форма навчання					
- дистанційна форма					

навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна освіта					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-					

спортивна					
реабілітація					

- навчання заняттям з					
фізичної культури					

- оздоровлення та					
реабілітація у					
таборах					
фізкультурно-					
спортивної					
реабілітації					
інвалідів					

- навчально-					
тренувальні заняття					
з фізичної культури					
і спорту					

- заняття спортом					

- 7. Соціальна та					
побутова					
реабілітація					

- навчання основним					
соціальним навичкам					

- соціально-побутовий					
патронаж					

- працетерапія					

- пристосування					
меблів,					
установа					
обладнання для					
адаптації житлових					
приміщень					

- II Технічні та					
інші засоби					
реабілітації					

- 1. Засоби					
пересування:					
- крісла-колісні					
(коляски) різних					
типів					
- палиці					
- милиці					
- допоміжні засоби					
для ходіння					

- 2. Спеціальні					
засоби для					
орієнтування,					
спілкування та					
обміну інформацією:					
- мобільні телефони					
для письмового					

спілкування, факси					
та інші					
сурдотехнічні					
засоби					
- спеціальні					
магнітофони					
- електронні					
записні книжки з					
брайлівським і					
мовним виводом					
- телевізійні					
збільшувальні					
прилади					
- тифломагнітоли					
- машини, що					
читають					
- прилад для письма					
шрифтом Брайля					
- папір для писання					
рельєфно-крапковим					
шрифтом Брайля					
- диктофони					
- плеєри для					
відтворення					
звукозапису					
- годинник					
- тростини					
тактильні					

- 3. Спеціальні					
засоби для					
самообслуговування:					
- допоміжні					
побутові пристрої					

- 4. Спеціальні					
засоби для догляду:					
- допоміжні засоби					
для туалету					
- допоміжні засоби					
для підіймання					
- крісла-стілці із					
санітарним					
оснащенням					

- 5. Спеціальні					
засоби для освіти і					
занять трудовою					
діяльністю					
- меблі					
спеціального					
призначення					
- комп'ютерні					
програми для					
навчання					
- спеціальні					
підручники,					
література шрифтом					
Брайля					

- 6. Протезні вироби:					

- ортопедичні вироби					
- ортопедичне взуття					
- спеціальний одяг					

- 7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:					
- спеціальні крісла-колісні для занять окремими видами спорту					
- шведська стінка, інші спеціальні тренажери					
- спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					

- III Вироби медичного призначення					

- - протезування клапанів					
- - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС)					
- - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ					
- - сечоприймачі					
- - калоприймачі					
- - слухові апарати					
- - очні протези (тимчасові або індивідуальні)					
- - окуляри					
- - контактні лінзи					
- - лупи					
- - гіперокуляри					
- - світлофільтри					
- - діафрагмальні, мінусові ручні лінзи					
- - акустичні окуляри					
- - епіпротези, орбітальний					

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони
здоров'я України14 лютого 2012 № 110
року

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 <table border="1" data-bbox="1162 962 1442 1038"> <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 № 086/o ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" data-bbox="1695 962 1928 1038"> <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" data-bbox="1989 962 2125 1038"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				
МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок) заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації від “___” _____ 20___ року																															
1. Видана _____ (найменування і адреса закладу, що видав довідку)																															

2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка	
3. Прізвище, ім'я, по батькові	
4. Стать чоловіча — 1; жіноча — 2	5. Дата народження (число, місяць, рік)
6. Місце проживання хворого	
7. Перенесені захворювання	
8. Об'єктивні дані і стан здоров'я хворого на дату обстеження :	
терапевт (лікар загальної практики – сімейний лікар, педіатр)	
хірург	
невропатолог	
окуліст	
отоларинголог	
інші спеціалісти	
9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження	
10. Дані лабораторних досліджень	
11. Дані інструментальних обстежень	
12. Запобіжні щеплення (вказати дату)	
13. Лікарський висновок про професійну придатність	
Підпис особи, яка заповнила довідку	
Підпис керівника закладу охорони здоров'я	
М.П.	

Листок непрацездатності

Лицьовий бік

Затовнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N (відповідне підкреслити)		Серія N	К О Р І Н Е Ц Ь
	(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації) Виданий 20 р. (число, місяць)		(прізвище лікаря) N медичної карти (Підпис одержувача)	
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я В І Д Р І З У			
	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N (відповідне підкреслити)		Серія N	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) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)		(повні роки)	
	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:	
	Перебував у стаціонарі з 20 р. по 20 р.		Підпис лікаря 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	
	Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря М. П.		Підпис голови МСЕК М. П. МСЕК	
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	
3 (число, місяць, рік)	(словом число і місяць)			
3 (число, місяць, рік)	(словом число і місяць)			
3 (число, місяць, рік)	(словом число і місяць)			
3 (число, місяць, рік)	(словом число і місяць)			
СТАТИ ДО РОБОТИ		посада, прізвище підпис лікаря		
3 (словом число і місяць) ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ Видано новий листок непрацездатності (продовження) N ...		Печатка закладу охорони здоров'я		

ПРИМІТКА:

ДОВІДКА
про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України

Первинна, продовження довідки N _____
(потрібне підкреслити)

(найменування закладу охорони здоров'я МВС)

Видана _____ 20__ року лікарем _____

_____ вік _____
(спеціальне (військове) звання, прізвище, ім. `я, по батькові тимчасово непрацездатного) (повних років)

(місце служби: найменування органу поліції, органу військового управління, об'єднання, з'єднання, військової частини (підрозділу), вищого військового навчального закладу, навчальної військової частини (центру), бази, закладу охорони здоров'я та установи Національної гвардії України)
(медична карта амбулаторного хворого N _____,
Медична карта стаціонарного хворого N _____)

Діагноз первинний

Діагноз заключний

Шифр МКХ-10

Причина тимчасової непрацездатності: захворювання загальне-1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції – 3, травма під час служби та її наслідки – 4, невиробничі травми – 5, карантин – 6, медична реабілітація та санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи- 8, ортопедичне протезування – 9, догляд за хворим членом сім'ї (вік) – 10.

Режим

Відмітка про порушення режиму

Підпис лікаря

Перебував у стаціонарі з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.

ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СЛУЖБИ

З (число, місяць, рік)

До якого числа включно
(словами число, місяць)

Прізвище лікаря

Підпис та печатка
лікаря

ПРИСТУПИТИ ДО СЛУЖБИ

_____ (словами число і місяць)

_____ (посада, прізвище лікаря)

Печатка _____
закладу _____
охорони _____
здоров'я _____
МВС _____
ПРОДОВЖУЄ _____
ХВОРИТИ _____
Видано довідку _____
про тимчасову _____
непрацездатність _____
(продовження) N _____

**Індивідуальна програма реабілітації інваліда N ____
(вікова категорія від 18 років і старше)**

Дата заповнення _____ МСЕК _____
(найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна с освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____

12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
реконструктивна хірургія					
санаторно-курортне лікування					
психіатрична допомога					

слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги: - колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання - індивідуальна форма навчання - дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальностей, доступні за					

станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання навичкам занять з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - прилад для письма шрифтом за Брайлем - тифломагнітоли - машини, що читають					

- папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - книги, видруковані шрифтом Брайля - тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: - допоміжні побутові пристрої					
4. Спеціальні засоби для догляду: - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля - меблі спеціального призначення					
6. Протезні вироби: - ортопедичні вироби - ортопедичне взуття - спеціальний одяг					
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: - тренажери - спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту - шведська стінка - інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					
III Вироби медичного призначення					

- протезування клапанів - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ - сечоприймачі - калоприймачі - слухові апарати - очні протези (тимчасові або індивідуальні) - окуляри - контактні лінзи - лупи - гіперокуляри - світлофільтри - діафрагмальні, мінусові ручні лінзи - акустичні окуляри - тростини - епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока - протези зубів, щелеп					
---	--	--	--	--	--

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати) _____

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника) _____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника)

Підпис Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК _____

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких)_____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації_____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата ____

Додаток
до Порядку видачі медичного
висновку про дитину-інваліда
віком до 18 років

Код форми за ДКУД								
Код закладу за ЄДРПОУ								

Код форми за ДКУД								
Код закладу за ЄДРПОУ								

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 8 0 / o
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України 0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 8 0 / o
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України 0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2

КОРИНЕЦЬ
медичного висновку N _____
про дитину-інваліда віком до 18 років
від "____" _____ р.

Медичний висновок N _____
про дитину-інваліда віком до 18 років
(направляється в районне (міське)
управління праці та соціального
захисту населення за місцем
проживання батьків, опікуна)
від "____" _____ р.

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

Л
і
н
і
я

2. Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

2. Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

5. Захворювання (патологічний стан) _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

відповідає розділу _____, пункту _____,
підпункту _____ Переліку медичних показань

5. Захворювання (патологічний стан) _____

Дійсний до "____" _____ р.

Дата переогляду " _____ " _____ р.
Головний лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)
(Заступник головного лікаря з мед. частини) _____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)
Лікуючий лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)
Направлено в районне (міське) управління праці та соціального захисту населення
" _____ " _____ р. Поштова квитанція (дата)

стор. 2 ф. № 080/о

6. Висновок. Наявне захворювання (патологічний стан) відповідає розділу _____, пункту _____, підпункту _____ Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 8 листопада 2001 р. N 454/471/516
Висновок дійсний до " _____ " _____ р.
Дата переогляду " _____ " _____ р.
М.П. Головний лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)
(Заступник головного лікаря з медичної частини) _____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)
Лікуючий лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації інваліда N _____
(вікова категорія від 18 років і старше)

Дата заповнення _____ МСЕК _____
 (найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____

12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I			II		
		III			I		
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
I Послуги					

-----+-----+-----+-----+-----+-----					
1. Медична					
реабілітація					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
відновна терапія					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
профілактичні					
заходи					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
реконструктивна					
хірургія					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
санаторно-курортне					
лікування					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
психіатрична					
допомога					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
слухопротезування					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
кохлеарна					
імплантація					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
медичне					
спостереження					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
2. Психолого-					
педагогічна					
реабілітація					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
консультування					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
психолого-					
педагогічна					
діагностика					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
психолого-					
педагогічний					
патронаж					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
психологічна та					
педагогічна					
корекція					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
освітні послуги:					
- колективна форма					
навчання, у тому					
числі інтегроване					
та інклюзивне					
навчання					
- індивідуальна					
форма навчання					
- дистанційна форма					
навчання, екстернат					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
3. Фізична					
реабілітація					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
консультування					
-----+-----+-----+-----+-----+-----					
ерготерапія					

кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання навичкам занять з фізичної культури					
оздоровлення та					

реабілітація у таборах					
фізкультурно- спортивної реабілітації інвалідів					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
навчально- тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
заняття спортом					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
7. Соціальна та побутова реабілітація					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
навчання основним соціальним навичкам					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
соціально-побутовий патронаж					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
працетерапія					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
II Технічні та інші засоби реабілітації					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
-----	-----	-----	-----	-----	-----
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони					

- електронні					
записні книжки з					
брайлівським і					
мовним виводом					
- телевізійні					
збільшувальні					
прилади					
- прилад для письма					
шрифтом за Брайлем					
- тифломагнітоли					
- машини, що					
читають					
- папір для писання					
рельєфно-крапковим					
шрифтом Брайля					
- диктофони					
- плеєри для					
відтворення					
звукозапису					
- годинник					
- книги,					
видруковані					
шрифтом Брайля					
- тростини					
тактильні					

3. Спеціальні					
засоби для					
самообслуговування:					
- допоміжні					
побутові пристрої					

4. Спеціальні					
засоби для догляду:					
- допоміжні засоби					
для туалету					
- допоміжні засоби					
для підіймання					
- крісла-стілці із					
санітарним					
оснащенням					

5. Спеціальні					
засоби для освіти і					
занять трудовою					
діяльністю:					
- комп'ютерні					
програми для					
навчання					
- спеціальні					
підручники,					
література шрифтом					
Брайля					
- меблі					
спеціального					
призначення					

6. Протезні вироби:					
- ортопедичні					
вироби					
- ортопедичне					

взуття					
- спеціальний одяг					
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:					
- тренажери					
- спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту					
- шведська стінка					
- інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					
III Вироби медичного призначення					
- протезування клапанів					
- забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС)					
- ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ					
- сечоприймачі					
- калоприймачі					
- слухові апарати					
- очні протези (тимчасові або індивідуальні)					
- окуляри					
- контактні лінзи					
- лупи					
- гіперокуляри					
- світлофільтри					
- діафрагмальні, мінусові ручні лінзи					
- акустичні окуляри					
- тростини					
- епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока					
- протези зубів, щелеп					

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати) _____

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника) _____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника) _____

Підпис Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК _____

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата _____

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 _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 027/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _ _ _ _ _ _ _ N _ _ _ _ _ _ _
Код за ЄДРПОУ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ВИПИСКА

із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого

У _____
(наменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

3. Місце проживання хворого: область _____, район _____, місто(село) _____, вулиця _____, будинок _____,

кв. _____

4. Місце роботи (посада) _____

5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі:

захворювання

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

направлення в стаціонар

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Б) у стаціонарі: надходження

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці

8. Лікувальні і трудові рекомендації

"__" ____ 20__ року

Лікуючий лікар

(прізвище, підпис)