

Заповнюється лікарем
охорони здоров'я

ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА № _____

(відповідне підкреслити)

Серія АДЖ № 684142

Прізвище лікаря _____

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)

№ медичної карти _____

(місце роботи, назва підприємства, установи, організації)

Виданий _____

(число, місяць)

20 р. _____

(місце одержування)

Л І Н І Я В І Д Р І З У

негативна мед. заявка ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА № _____

(відповідне підкреслити)

Колунаєвська установа ДМТНЗ, Єврейська, 11

(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)

Печатка закладу охорони здоров'я

Виданий 12 лютого

(число, місяць)

20 19 р.

Чол. _____

Іванова Людмила Петрівна

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)

Вік 52

(повних років)

відповідне підкреслити

Одеський національний університет імені Ф.Ф. Мелетюка, вул. Хворяківська, 2

(місце роботи, назва підприємства, установи, організації)

Шифр МКХ-10

Діагноз первинний: _____

Діагноз заключний: _____

Причина непрацездатності: захворювання загальної аварії на ЧАЕС - 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки - 4, не виробничі травми - 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання з бактеріоносійство - 6, санаторно-курортне лікування - 7, вагітність та пологи - 8, ортопедичне протезування - 9, догляд (вік) - 10.

РЕЖИМ:

амбулаторний

Відмітки про порушення режиму:

Підпис лікаря _____

Перебував у стаціонарі

з _____ 20__ р. до _____ 20__ р.

Направлений до МСЕК _____ 20__ р.

Підпис голови ЛКК _____

Перевести тимчасово на іншу роботу

з _____ 20__ р. до _____ 20__ р.

Отриманий у МСЕК _____ 20__ р.

Висновок МСЕК _____

Підпис голови ЛКК _____

М.П. _____

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 12.02.19

(число, місяць, рік)

чотирнадцять лютого

(словами число і місяць)

недіагн. Петрова

Лікар негідний

3 15.02.19

(число, місяць, рік)

двадцять лютого

(словами число і місяць)

недіагн. Петрова

Лікар негідний

3 _____

(число, місяць, рік)

(словами число і місяць)

3 _____

(число, місяць, рік)

(словами число і місяць)

негативна мед. заявка непрацездатності

СТАТИ ДО РОБОТИ

3 двадцять першого лютого

(словами, число і місяць)

недіагн. Петрова

Лікар негідний

ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ

Видає новий листок непрацездатності (продовження) № _____

Підпис лікаря _____

Печатка закладу охорони здоров'я

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

негативна мед. заявка непрацездатності

ДО ВІДОМА ЛІКАРЯ

Бланки листка непрацездатності повинні зберігатись як бланки суворої звітності.

Про витрачання бланків листка непрацездатності лікар повинен звітувати в установленому порядку зданням керівництва виданих листків непрацездатності.

Заповнюється заповнювачем табельником або уповноваженою особою

ОМУ імені І.І. Мезишкова
(назва підприємства, установи, організації)
Структурний підрозділ Відділ кадрів Посада ст. інженер Таб. №
Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити)
Не працював з «12» 02 2019 р. до «20» 02 2019 р.
Не робочі дні за період непрацездатності
До роботи став з «21» 02 2019 р. (числа)
Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи Сидук С.В. Івченко М.К.
Дата

Заповнюється відділом кадрів або уповноваженою особою

Застрахована особа віднесена до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину у віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; ветеранів війни (потрібне підкреслити)
Страховий стаж на день настання непрацездатності:
до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити)
..... (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)

Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги

ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:
З тимчасової непрацездатності в розмірі _____ % за _____ робочих (календарних) днів
З вагітності та пологів у розмірі _____ % за _____ робочих (календарних) днів
Допомога не надається з причини:

Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від _____ 20__ р. № _____
..... (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)

Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації

ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ
Місячний оклад _____ грн. Денна тарифна ставка _____ грн.

Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата
Усього:			

При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «____» _____ 20__ р. до «____» _____ 20__ р. заробітна плата за _____ днів становить _____ грн.

НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ

З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу

..... (усього нараховано – сума словами)
Включено до платіжної відомості за _____ місяць 20__ р.
Печатка _____ Прізвище і підпис керівника _____ Підпис головного (старшого) бухгалтера