

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 _____ 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: 15px; 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 № 156/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; 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; width: 100px; height: 15px; 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>																				
АКТ № _____ огляду медико-соціальною експертною комісією щодо визначення медичних показань для забезпечення інваліда автомобілем з ручним керуванням та коляскою з електроприводом “ _____ ” _____ 20 _____ року (дата огляду)																															
1. _____ (місцезнаходження МСЕК) 2. _____ (найменування закладу охорони здоров'я) місце для фотокартки 3. _____ (прізвище, _____ ім'я, по батькові інваліда) 4. Дата народження <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; 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> (число, місяць, рік) 5. Місце проживання інваліда _____ 6. Група інвалідності _____ довідка МСЕК: серія _____ № _____ дата видачі _____ 7. Причина інвалідності і дата встановлення _____																															
8. Огляд _____ (первинний/повторний)																															

9. Результаты экспертного обстеження

[illegible]

[illegible]

10. Результати додаткових досліджень _____

11. Додаткове обстеження _____

(направлення на додаткове обстеження /консультацію)

12. Основний діагноз згідно з МКХ-10 _____

13. Експертне рішення:

13.1. Є медичні показання на забезпечення _____

(автомобілем з ручним керуванням чи коляскою з електроприводом)

передбачені пунктом _____ Переліку медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням, затвердженого наказом МОЗ України від 23 січня 1995 року № 13, зареєстрованого у Мін'юсті 10 лютого 1995 року за № 34/570, та Переліку медичних показань для отримання і протипоказань до управління особами з обмеженими функціями руху крісел-колясок з електроприводом, затвердженого наказом Мінпраці України та МОЗ України від 15 липня 2002 року № 317/300, зареєстрованого у Мін'юсті 01 серпня 2002 року за № 622/6910.

13.2. Придатний до керування _____

(модифікація автомобіля)

13.3. Є медичні протипоказання до керування _____

(автомобілем з ручним керуванням чи коляскою з електроприводом)

Відповідно до пункту _____ Переліку захворювань і вад, при яких особа не може бути допущена до керування відповідними транспортними засобами, затвердженого наказом МОЗ України від 24 грудня 1999 року № 299, зареєстрованого у Мін'юсті 20 січня 2000 року за № 31/4252, та Переліку медичних показань для отримання і протипоказань до управління особами з обмеженими функціями руху крісел-колясок з електроприводом, затвердженого наказом Мінпраці України та МОЗ України від 15 липня 2002 року № 317/300, зареєстрованого у Мін'юсті 01 серпня 2002 року за № 622/6910.

14. Переогляд _____

Голова МСЕК _____

(підпис)

(П.І.Б.)

Члени: _____

(підпис)

(П.І.Б.)

(підпис)

(П.І.Б.).

М.П.