Наименование медицинской организации Медицинская документация

штамп Учетная форма № 316/у

Утверждена приказом

Минздравсоцразвития России

от 15 апреля 2005 г. № 275

**Справка**

**о заключительном диагнозе пострадавшего**

**от несчастного случая на производстве**

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(профессия) и место работы пострадавшего )

О том, что он (она) проходил (а) лечение:

-в период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

по поводу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать все виды повреждения здоровья, полученные в результате несчастного случая

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на производстве и коды диагнозов по МКБ-10)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-в период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_\_г.

по поводу лечения заболевания, не связанного с несчастным случаем на производстве.

Последствия несчастного случая на производстве:   
выздоровление; рекомендован перевод на другую работу;   
установлена инвалидность III, II, I групп; летальный исход (нужное подчеркнуть)

Заведующий отделением

(или главный врач) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.