Додаток 3  
до Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність   
в Реєстрі медичних висновків   
в електронній системі охорони здоров’я  
(пункт 10 розділу ІІІ)

Головному лікарю

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

(найменування закладу охорони здоров’я   
чи прізвище, ім’я, по батькові (за наявності)   
фізичної особи - підприємця, яка одержала   
ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(прізвище, ім’я та по батькові (за наявності))

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

(прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) пацієнтки)

Заява

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, ім’я та по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності))

прошу сформувати медичний висновок про тимчасову непрацездатність категорії «Вагітність та пологи» з датою початку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(число, цифрою) (число, прописом)

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, або дати пологів, якщо останні настануть раніше визначеної у цій заяві дати.

(місяць) (рік)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата написання цієї заяви) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) |

Погоджено:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування посади лікаря, який відповідно  до додатків 1, 2 до цього Порядку має право  на формування медичних висновків  про тимчасову непрацездатність категорії  «Вагітність та пологи») | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування посади головного лікаря  закладу охорони здоров’я) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище) |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | |

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

{Порядок доповнено новим Додатком згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1810 від 18.10.2023}