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. |

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