Приложение 1

к приказу Министерства

здравоохранения

Республики Беларусь

23.10.2009 N 998

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Форма N 1-мсэ/у-09

Наименование медико-реабилитационной

экспертной комиссии

Заключение

медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК)

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_

Заключение направлено (выдано) "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.: в органы по труду,

занятости и социальной защите, в органы по труду, занятости и социальной

защите по месту нахождения учреждения уголовно-исполнительной системы

Министерства внутренних дел Республики Беларусь; в страховую организацию,

военный комиссариат; пациенту (нужное подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Освидетельствование: первичное, повторное, очное, заочное (нужное

подчеркнуть)

5. Дата освидетельствования с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

6. Удостоверение инвалида: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Группа инвалидности, степень утраты здоровья (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Дата наступления инвалидности (у детей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Причина инвалидности (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

10. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(вид страхового случая)

11. Акт о несчастном случае на производстве по [форме Н-1](consultantplus://offline/ref=34E84E29BD5D041ABF972E1AC552523DA196F7CED6E2158FE1988015A3341E9999FBF804455DBDB8525A1965s5b4J); акт страховой

организации (нужное подчеркнуть) от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Нуждаемость в дополнительных видах помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

13. Дополнение к экспертному заключению отсутствует, инвалид с нарушением

опорно-двигательного аппарата, инвалид по зрению, инвалид по слуху (нужное

подчеркнуть).

14. Данные об инвалидности за пропущенные сроки освидетельствования с

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

15. Сформирована индивидуальная программа инвалида, программа реабилитации

потерпевшего (нужное подчеркнуть)

16. Требования к условиям труда в соответствии с индивидуальной программой

реабилитации инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

17. Срок действия заключения МРЭК с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель МРЭК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия) (подпись)

Место печати