Приложение № 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. №\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование и адрес медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности) ОГРН (ОГРНИП)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Медицинская документацияУчетная форма № 315/уУтверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерацииот «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ |

**Медицинское заключение**

**о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести**

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано |  |
|  | (наименование организации (индивидуального предпринимателя), работодателя-физического лица, не являющегося индивидуальным предпринимателем, по запросу которой (ого) выдается медицинское заключение) |
|  |  |
| о том, что пострадавший |  |
|  | (фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая |
|  |
| должность(профессия) пострадавшего) |
| поступил в |  |
|  | (наименование медицинской организации, ее структурного подразделения, |
|  |
| куда поступил пострадавший, дата и время поступления (обращения) |

Диагноз и код диагноза по международной статистической классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(с указанием характера и локализации повреждений здоровья)

Согласно схеме определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве[[1]](#footnote-1), указанное повреждение относится к категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| (указать степень тяжести травмы: |
|  |
| тяжелая, легкая, нужное — вписать) |

Дата выдачи медицинского заключения: число\_\_\_\_\_\_ месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением(или главный врач) |  |  |  |
|  | (подпись, усиленная квалифицированная электронная подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |
| Лечащий врач |  |  |  |
| Дата | (подпись, усиленная квалифицированная электронная подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |

**М.П.**

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 февраля 2005 г. № 160 «Об определении степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 7 апреля 2005 г., регистрационный
№ 6478). [↑](#footnote-ref-1)