

Приложение № 2
к Приказу Министра здравоохранения и социальной защиты
Приднестровской Молдавской Республики
от 6 ноября 2009 г. № 69

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ И ОСТАЕТСЯ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ	ЛИСТОК О НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПЕРВИЧНЫЙ-ПРОДОЛЖЕНИЕ № _____ (соответствующее подчеркнуть)		Серия AA № 00001	
	(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)		(фамилия врача)	
	(домашний адрес)		№ истории болезни _____	
	(место работы - наименование организации)			
	Выдан _____ 20 ____ г. ____ час. (число и месяц)	_____ (расписка получателя)		

ЛИСТОК О НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПЕРВИЧНЫЙ-ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА № _____ (соответствующее подчеркнуть)		Серия AA № 00001	
(наименование и адрес лечебного учреждения или его штамп)			Печать лечебного учреждения
Выдан _____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин. (число и месяц)			
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)		Возраст _____ (полных лет)	МУЖ ЖЕН (соответствующее подчеркнуть)
(место работы - наименование организации)			
Диагноз: _____ (на одном из государственных языков)		Заключительный диагноз: _____	
Указать вид нетрудоспособности (заболевание, профессиональное заболевание или его обострение, несчастный случай в быту, на производстве или его последствия, уход за больным членом семьи, карантин, поствакцинальное осложнение, санаторно-курортное лечение, отпуск по беременности и родам):			
(при отпуске по беременности и родам указать предполагаемую дату родов; при отпуске по уходу за больным членом семьи - фамилию, имя, возраст больного; при санаторно-курортном лечении - даты начала и окончания срока путевки, ее номер, место нахождения санатория)			
РЕЖИМ:		Отметки о нарушении режима:	
Находился в стационаре с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г.		Подпись врача _____	
Перевести на другую работу с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г. Подпись председателя ВКК _____		Направлен на КВЭЖ _____ 20 ____ г. Подпись председателя ВКК _____	
Разрешена выдача (продление) гражданам, находящимся вне постоянного места жительства с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г. Подпись администрации ЛПУ _____		Регистрация документов в КВЭЖ _____ 20 ____ г. Освидетельствован КВЭЖ _____ 20 ____ г. Заключение КВЭЖ _____	
М.П.		Подпись руководителя КВЭЖ	М.П. КВЭЖ
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ			
С какого числа	По какое число включительно	Должность и фамилия врача	Подпись врача
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ			
С _____ (прописью число и месяц)		_____ (должность, фамилия врача)	Печать лечебного учреждения

Выдан новый листок (продолжение) № _____

Дата выдачи " ____ " _____ 20 ____ г.

ОБОРОТНАЯ СТОРОНА

К СВЕДЕНИЮ ВРАЧА

За нарушение порядка выдачи листов о нетрудоспособности врачи государственной, местной и частной систем здравоохранения несут дисциплинарную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ (ЛИЦАМИ), УПОЛНОМОЧЕННЫМИ АДМИНИСТРАЦИЕЙ

(наименование организации)					
Цех (отдел)	Должность	Таб. №			
Работа постоянная, временная, сезонная (нужное подчеркнуть). Не работал с 20 г. по 20 г.					
Выходные дни за период нетрудоспособности согласно графика выхода на работу					
К работе приступил с 20 г. Подпись мастера или нач. цеха (отд.)					
Подпись табельщика Дата					
Непрерывный (страховой) стаж работы к началу нетрудоспособности:					
(прописью) лет месяцев дней					
(должность, фамилия и подпись ответственного лица)				М.П.	
Ф.И.О. назначено пособие:					
Решение комиссии по соцстрахованию от 20 г. Протокол №					
По временной нетрудоспособности - в размере		По беременности и родам:			
%	рабочих дней,	в	% за	рабочих дней	
%	рабочих дней.	размере			
%	рабочих дней.				
В пособии отказано по причине:		В пособии отказано по причине:			
Акт формы Н-1 от 20 г. №					
Особые отметки					
СВЕДЕНИЯ О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ					
Расчетный период для исчисления пособия	Число фактически отработанных дней (часов) в расчетном периоде	Сумма фактического заработка в расчетном периоде	Средний дневной (часовой) заработок	Размер дневного (часового) заработка, исчисленного из макс. размера выплат	
Итого:					
ПРИЧИТАЕТСЯ ПОСОБИЕ					
С какого и по какое время	Число рабочих дней (часов), подлежащих оплате	Размер дневного (часового) заработка для исчисления пособия	% непрерывного трудового (страхового) стажа	Размер дневного (часового) пособия	Сумма к выдаче
Итого:					
(сумма к выдаче - прописью)					
Включено в платежную ведомость за месяц		Подпись главного (старшего) бухгалтера			
		Дата			