Приложение № 2

к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 15.04.2005 № 275

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинскойорганизации (штамп) | Медицинская документацияУчетная форма № 316/уУтверждена ПриказомМинздравсоцразвития Россииот 15.04.2005 № 275 |

**СПРАВКА
о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного
случая на производстве**

**Дана**

(фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность (профессия)

и место работы пострадавшего)

о том, что он (она) проходил(а) лечение:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - в период с “ |  | ” |  | 200 |  | г. по “ |  | ” |  | 200 |  | г. |

по поводу

(указать все виды повреждения здоровья, полученные в результате несчастного случая

на производстве и коды диагнозов по МКБ-10)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - в период с “ |  | ” |  | 200 |  | г. по “ |  | ” |  | 200 |  | г. |

по поводу лечения заболевания, не связанного с несчастным случаем на производстве.

**Последствия несчастного случая на производстве:** выздоровление; рекомендован перевод на другую работу; установлена инвалидность III, II, I групп; летальный исход (нужное подчеркнуть)

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

М.П.