

Приложение № 9 към чл. 24, ал. 8

МЕДИЦИНСКИ ПРОТОКОЛ НА ЛКК № дата

ЛКК №

към

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

регистрационен номер на лечебното заведение

име на лечебното заведение

Месторабота (за лица на и над 16-годишна възраст):

(име на фирма, адрес, длъжност, телефон)

Диагноза на водещото заболяване

.....

.....

Диагнози на придружаващите заболявания

.....

.....

.....

.....

Мнение относно временната неработоспособност или трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане на лицето:

.....
.....
.....

Болничен лист № [] [] дни, МКБ [] [] [] [] от до [] първичен [] продължение

ТЕЛК № [] [] [] [] , ЕР на ТЕЛК/НЕЛК № [] [] [] [] от заседание № [] [] [] дата [] [] [] [] [] [] (д/м/г)

Изпраща се на ТЕЛК за:

- Освидетелстване;
 - временна неработоспособност;
 - трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане;

- Преосвидетелстване по повод:
 - изтичане срока на последното експертно решение;
 - влошено здравословно състояние;
 - подобро здравословно състояние;
 - срока на инвалидизиране;
 - противопоказни условия на труд;
 - причинна връзка;
 - социални придобивки;
 - други поводи, предвидени в нормативни актове.

(Забележка: Избира се от посочените)

Придружаващи документи:

- | | | |
|---------|-------------------------------|---|
| 1. | дата на издаване на документа | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. | дата на издаване на документа | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. | дата на издаване на документа | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. | дата на издаване на документа | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. | дата на издаване на документа | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

ЛКК: (печат лечебно заведение)

1.
(Име и фамилия, подпис)
2.
(Име и фамилия, подпис)
3.
(Име и фамилия, подпис)
4.
(Име и фамилия, подпис)
5.
(Име и фамилия, подпис)

Забележка:
Придружаващите документи се прилагат.