Приложение № 6.

_____

_____

(наименование медицинской организации, адрес, код ОГРН)

Справка о необходимости дополнительного медицинского обследования

Дана: _____

(ФИО пациента)

Дата рождения: «_____» _____ _____ г.

Адрес проживания: _____

Место работы: _____

- В соответствии с **пунктом 14 Приказа Минздрава России от 28.01.2021 № 29н**, в случаях затруднения в оценке результатов осмотра лицу, поступающему на работу, в связи с имеющимся у него заболеванием выдается справка о необходимости дополнительного медицинского обследования. Проведение экспертизы профессиональной пригодности проводится в таких случаях лицом, поступающим на работу самостоятельно в рамках программы государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- В соответствии с **пунктом 32 Приказа Минздрава России от 28.01.2021 № 29н** в случаях затруднения в оценке результатов осмотра и определении профессиональной пригодности работника в связи с имеющимся у него заболеванием работнику выдается справка о необходимости дополнительного медицинского обследования. Указанные дополнительные обследования осуществляются в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан за счет средств обязательного медицинского страхования.

По результатам проведенного предварительного / периодического медицинского осмотра пациент направляется в медицинскую организацию по месту прикрепления для дополнительного медицинского обследования за счет средств обязательного медицинского страхования (указать исследования):

_____

_____

_____

_____

Дата «_____» _____ 20___ г. Врач: _____

(подпись, личная печать)

Убедительно просим Вас, по завершении обследования заполнить и вернуть пациенту возвратный талон для дальнейшего проведения врачебной комиссией экспертизы профессиональной пригодности

- - - - - 8<- - - - - - - *линия отреза* - - - - - - - - 8<- - - - - - - - - - - - - - - - - 8<- 8<- 8<- - - - - - -

Возвратный талон

_____

_____

(наименование медицинской организации, адрес, код ОГРН)

Справка с результатами дополнительного медицинского обследования

Дана: _____

(ФИО пациента)

Дата рождения: «_____» _____ _____ г.

Адрес проживания: _____

Место работы: _____

- В диагнозе необходимо указать шифр МКБ-10, форму, тип течения, частоту обострений, стадию, степень ограничения функций (недостаточность) органов и систем (ХСН, ДН, ФНС), установление случая ИБС, ПИКС, ОНМК и пр.

Заключение: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Дата «_____» _____ 20____ г. Врач: _____

(подпись, личная печать)

М.П.