

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

В НАШЕМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ МОЖНО ОФОРМИТЬ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ!

ЕСЛИ ВАШ РАБОТОДАТЕЛЬ ГОТОВ ПРИНЯТЬ ЕГО К РАСЧЁТУ, ТО ВМЕСТО БУМАЖНОГО ЛИСТКА МОЖНО ОФОРМИТЬ ЭЛЕКТРОННЫЙ!

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭЛЕКТРОННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- ✓ ЕГО **НЕЛЬЗЯ** ПОТЕРЯТЬ, ИЗМЯТЬ, ПОРВАТЬ
- ✓ ЧЕРЕЗ ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ **МОЖНО** ПРОВЕРИТЬ ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСЧЁТА ПОСОБИЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНОГО В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕМУ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ – ПОМИМО ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ ВАМ ПОТРЕБУЕТСЯ ЕЩЁ НОМЕР ВАШЕГО СНИЛС.



**ЭЛН – БОЛЬНИЧНЫЙ
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ!**

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

001 234 567 891

первичный продолжение листа нетрудоспособности № _____
дубликат

(наименование медицинской организации)
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи _____ (ОГРН)

Ф _____
И _____
О _____
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

м _____ ж _____
Почему нетрудоспособности код _____ доп код _____ код изм. _____

(Дата рождения)

Основное По совместительству № _____
Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

по уходу _____
дата 1 _____ дата 2 _____ № путевок _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____
возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима _____ Дата _____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с _____ по _____
Дата направления в бюро МСЭ: _____
Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____
Освидетельствован в бюро МСЭ: _____
Установлена/изменена группа инвалидности _____
Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ _____
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____
Иное: _____
Подпись врача: _____
Печать медицинской организации

Основное По совместительству

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____
ИНН нетрудоспособного (при наличии) _____ СНИЛС _____
Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от _____
Дата начала работы _____ Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т.ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.
Причитается пособие за период: с _____ по _____
Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок _____ р _____ к.
Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р _____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. Итого начислено _____ р _____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

линия отреза

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

0000000000 первичный продолжение листа нетрудоспособности № _____
дубликат

Ф _____
И _____
О _____
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

№ истории болезни _____
Дата выдачи _____
расписка получателя _____

Основное По совместительству № _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

ЦИФРА ВМЕСТО БУКВЫ