ЕМДЕУ ҰЙЫМЫНДА ДӘРІГЕРІ ТОЛТЫРАДЫ -ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЕҢБЕККЕ УАҚЫТША ЖАРАМСЫЗДЫҚ ПАРАҒЫ / ЛИСТ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

АЛҒАШҚЫ - ПАРАҚТЫҢ ЖАЛҒАСЫ / ПЕРВИЧНЫЙ - ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА №

(тиістісінің астын сызу / соответствующее подчеркнуть)

Серия БВ № 9427287

КГП на ПХВ "Атырауская городская поликлиника №4" УЗ Атырауской области (Нарым Хабиев, 1а)

(емдеу ұйымының атауы және мекен жайы / наименование и адрес медицинской организации)

Емдеу мекемесінің мөрі / Печать медицинской организации

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗДЫҚ БЕТШЕСІ

Ер. / Муж. | Әйел. / Жен.

тиістісінің астын сызу / соответствующее подчеркнуть

Берілді / Выдан 01 апреля 24 ж. г. (күні, айы / число, месяц)

ХАЖ -10 коды

СТАМҒАЛИЕВА АЙНУР ТАҢАТАРОВНА

(еңбекке уақытша жарамсыз адамның тегі, аты және әкесінің аты (ол болған жағдайда) / фамилия, имя и отчество (при его наличии) временно нетрудоспособного)

Жасы / Возраст (толық жасы / полных лет) 36

НАО Фонд социального медицинского страхования филиал по Атырауской области , заместитель директора

(қызмет орны - заңды тұлғаның атауы, лауазымы / место работы - наименование юридического лица, должность)

ХАЖ -10 коды / Код МКБ-10	Қорытынды ХАЖ-10 коды / Заключительный Код МКБ-10
Z34.8	Z34.8

(қазақ немесе орыс тілінде / на казахском или русском языке)

Еңбекке уақытша жарамсыздықтың түрі көрсетілсін (жіті немесе созылмалы аурулардың асқынуы, жарақаттанған және уланған, жүктілікті жасанды үзген, науқас балаға күтім жасау, жүкті болу және босану, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алу, санаторийлік-курорттық ұйымдарда толық емделу, карантин, ортопедиялық протездеу). / Указать вид временной нетрудоспособности (острое или обострение хронического заболевания, травмы и отравления, искусственное прерывание беременности, уход за больным ребенком, беременность и роды, усыновление/удочерение новорожденного ребенка (детей), долечивание в санаторно-курортных организациях, карантин, ортопедическое протезирование).

Дата родов: 27.05.2024 г.

Сырқат балаға күтім жасау бойынша АХЖ-10 бойынша науқастың жасы, диагнозы көрсетілсін, карантин кезінде АХЖ-10 бойынша карантинді туындаткан аурудың атауы көрсетілсін.
По уходу за больным ребенком указать возраст больного и диагноз по МКБ-10, при карантине указать название заболевания по МКБ-10, вызвавшего карантин.

Санаторийлік - курорттық емделу кезінде жолдама мерзімінің басталатын және бітетін уақыты көрсетілсін / при санаторно-курортном лечении указать дату начала и окончания срока путевки

РЕЖИМ	Режимді бұзушылық туралы белгі / Отметки о нарушении режима
Амбулаторный	Другое:

Дәрігердің қолы / Подпись врача

Стационарда болды / Находился в стационаре

20 ж. 20 ж. дейін

с 20 г. по 20 г.

Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылсын / Перевести временно на другую работу

20 ж. 20 ж. дейін

с 20 г. по 20 г.

Бас дәрігердің қолы / Подпись главного врача

МӘС-ке жіберілді / Направлен на МСЭ

20 ж. 20 г.

Дәрігердің қолы / Подпись врача

Куәландырылды / Освидетельствован

20 ж. 20 г.

Сараптама қорытындысы / Экспертное заключение

МӘС - тің мөрі / Печать МСЭ

МӘС бөлімі бастығының қолы / Подпись начальника отдела МСЭ

ЖҰМЫСТАН БОСАТЫЛУ / ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

Қай күннен бастап / С какого числа (күні, айы / число, месяц)	Қай күнді қоса алғанда қай күнге дейін / По какое число включительно (күні мен айы жазумен / число и месяц прописью)	Дәрігердің қызметі мен тегі / Должность и фамилия врача	Дәрігердің қолы / Подпись врача
01 апреля 2024	четвертое августа 2024	Гинеколог НАМАЗОВА Л. М., Врач общей практики / семейный врач ӨБИСАТОВА А.Ж.	

ЖҰМЫСҚА КІРІСУ / ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

пятое августа 2024

(күні мен айы жазумен / число и месяц прописью)

Жаңа парақ берілді (жалғасы) / Выдан новый лист (продолжение) № .....

Гинеколог НАМАЗОВА Л. М.

(дәрігердің қызметі, тегі, қолы / должность, фамилия и подпись врача)

Емдеу мекемесінің мөрі - Печать медицинской организации

НАО „Фонд социального медицинского страхования" по Атырауской обл.
(заңды тұлға атауы / наименование юридического лица)

Бөлім / отдел ..... Қызметі / Должность Заместитель директора Таб. / Таб.№ .....

Тұрақты, уақытша, маусымды жұмыс (тиістісінің асты сызылсын). Жұмыс істемеді 20 ... ж ..... дан 20 ... ж ..... дейін

Работа постоянная, временная, сезонная (нужное подчеркнуть). Не работал с 01 апреля 2024 г. по 04 августа 2024

Еңбекке жарамсыз уақытындағы демалыс күндері
Выходные дни за период нетрудоспособности ..... (күні - дата) Жұмыска кірісті 2024 ж 05 августа дейін

Бөлім бастығының қолы
Подпись начальника отдела .....

Табельшінің қолы
Подпись табельщика Ант.

Күні
Дата .....

Мөр / Печать

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ «ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ҚОРЫ» КЕАҚ АТЫРАУ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ФИЛИАЛЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН НАО «ФОНД СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ» ФИЛИАЛ ПО АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ НАО