

*Форма программы реабилитации пострадавшего
в результате несчастного случая на производстве
и профессионального заболевания*

Застрахованный обязан выполнять предусмотренные заключениями учреждений медико-социальной экспертизы рекомендации по социальной, медицинской и профессиональной реабилитации, своевременно проходить медицинское переосвидетельствование в установленные указанными учреждениями сроки (п. 2 статьи 16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "О социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний").

**ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ
пострадавшего в результате несчастного случая на производстве
и профессионального заболевания**

Карта № _____ к акту освидетельствования № _____ от "____" _____ 200__ г.
БМСЭ (название) _____

1. Ф.И.О. _____

2. Пол _____ 3. Дата рождения _____

4. Адрес местожительства:

почтовый индекс _____ город (район) _____

село _____ улица _____ дом № _____

корпус _____ квартира _____ телефон дом. _____

раб. _____

5. Адрес места работы: почтовый индекс _____ город (село) _____

улица _____ дом _____ телефон _____

6. Образование (высшее, среднее специальное, среднее общее) _____

7. Профессия (квалификация, разряд, категория), специальность _____

8. Выполняемая на момент освидетельствования работа _____

9. Диагноз _____

10. Группа и причина инвалидности _____

11. Реабилитационно-экспертное заключение _____

Формы и объемы реабилитации	Срок проведения	Исполнитель	Отметка о выполнении
1	2	3	4
Дополнительная медицинская помощь			

1	2	3	4
Дополнительное питание			
Лекарственные средства			
Изделия медицинского назначения (указать какие)			
Посторонний уход:			
Специальный медицинский			
Бытовой			
Санаторно-курортное лечение (указать профиль и в необходимых случаях срок)			
С сопровождающим			
Протезирование и обеспечение приспособлениями, необходимыми пострадавшему для трудовой деятельности и в быту (указать какими), а также их ремонт			
Обеспечение специальным транспортным средством			
Профессиональное обучение (переобучение)			
Рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда			

С содержанием программы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации

ознакомлен _____
(подпись пострадавшего)

_____ (Ф.И.О.)

Подпись руководителя учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О ВЫПОЛНЕНИИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
пострадавшего в результате несчастного случая на производстве
и профессионального заболевания: программа реабилитации пострадавшего
реализована полностью (не полностью)

Оценка результатов реализации программы медицинской реабилитации (подчеркнуть): достигнута компенсация; восстановление нарушенных функций; положительные результаты отсутствуют.

Оценка результатов программы профессиональной реабилитации (подчеркнуть): профессиональная трудоспособность восстановлена; приобретено рабочее место (полная, неполная занятость); повышена конкурентоспособность на рынке труда; положительные результаты отсутствуют.

Оценка результатов реализации программы социальной реабилитации (подчеркнуть): обеспечение самообслуживания, самостоятельного проживания, интеграции в общество. Положительные результаты отсутствуют.

Руководитель учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.