

**Наименование медико-реабилитационной
экспертной комиссии**

Заключение
медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК)
от "___" _____ 20__ г. N _____

Заключение направлено (выдано) "___" _____ 20__ г.: в органы по труду, занятости и социальной защите, в органы по труду, занятости и социальной защите по месту нахождения учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь; в страховую организацию, военный комиссариат; пациенту (нужное подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Место жительства (пребывания) _____
4. Освидетельствование: первичное, повторное, очное, заочное (нужное подчеркнуть)
5. Дата освидетельствования с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.
6. Удостоверение инвалида: серия _____ N _____
7. Группа инвалидности, степень утраты здоровья (указать) _____
8. Дата наступления инвалидности (у детей) _____
9. Причина инвалидности (указать) _____

10. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____

(вид страхового случая)

11. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1; акт страховой организации (нужное подчеркнуть) от "___" _____ 20__ г. N _____

12. Нуждаемость в дополнительных видах помощи _____

13. Дополнение к экспертному заключению отсутствует, инвалид с нарушением опорно-двигательного аппарата, инвалид по зрению, инвалид по слуху (нужное подчеркнуть).

14. Данные об инвалидности за пропущенные сроки освидетельствования с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

15. Сформирована индивидуальная программа инвалида, программа реабилитации потерпевшего (нужное подчеркнуть)

16. Требования к условиям труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида _____

17. Срок действия заключения МРЭК с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

Председатель МРЭК _____
(инициалы, фамилия)

_____ (подпись)

Место печати

угловой штамп организации,
N, дата выдачи

СПРАВКА

Дана _____
(Фамилия, имя, отчество)
в том, что он (она) действительно с _____ проживает в
(число, месяц, год)

_____ (название населенного пункта, сельского совета, района, области)
который в соответствии с [постановлением](#) Совета Министров Республики Беларусь от 23.12.2004 N 1623 "Об утверждении перечня населенных пунктов и объектов, находящихся в зонах радиоактивного загрязнения" [<*>](#) относится к зоне _____

_____ (последующего отселения, с правом на отселение, проживания с
периодическим радиационным контролем)

С ним (ней) проживают _____
(родители, опекуны, жена (муж))

_____ (если родители (опекуны) проживают отдельно, указать, в каком
населенном пункте)

Имеет право на льготы в соответствии с [Законом](#) Республики Беларусь "О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС" статья _____
([23](#), [24](#), [25](#))

Действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

М.П. Должность ответственного
лица, выдавшего справку

Подпись

Фамилия,
инициалы

Образец удостоверения многодетной семьи

Первая страница обложки

Первая страница форзаца
(вторая страница обложки)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ	
УДОСТОВЕРЕНИЕ МНОГОДЕТНОЙ СЕМЬИ	

Страница 1

Страница 2

(наименование местного исполнительного и распорядительного органа)	(фамилия, собственное имя, отчество матери (мачехи)
УДОСТОВЕРЕНИЕ N ____	(личная подпись)
(подпись руководителя местного исполнительного и распорядительного органа)	(фамилия, собственное имя, отчество отца (отчима)
М.П.	(личная подпись)
____ г. (дата выдачи удостоверения)	

Страница 3

Страница 4

Сведения о детях		Сведения о детях	
фамилия, собственное имя, отчество	число, месяц, год рождения	фамилия, собственное имя, отчество	число, месяц, год рождения

(в ред. [постановления](#) Минздрава от 21.04.2011 N 30)

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров,
обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки _____

Врач (секретарь комиссии) _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Место для фотографии <*> (размер 30 x 40 мм)	Руководитель организации (заведующий структурным подразделением (обособленным структурным подразделением), председатель комиссии)	_____	_____
		(подпись)	(инициалы, фамилия)
		М.П.	

<*> Фотография вклеивается при выдаче медицинской справки о состоянии
здоровья, подтверждающей годность к управлению механическими транспортными
средствами, самоходными машинами, маломерными судами.

(в ред. [постановления](#) Минздрава от 09.08.2011 N 81)

Наименование организации _____

Форма 1 мед/у-10

ВЫПИСКА
из медицинских документов

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Место работы, учебы (профессия) _____

Выписка дана для предоставления _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров,
обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Диагноз основного заболевания _____

Диагноз сопутствующего заболевания _____

Проведенное лечение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи выписки _____

Врач _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

Заведующий структурным
подразделением _____
(подпись)
М.П.

(инициалы, фамилия)

Штамп организации
здравоохранения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
врачебно-консультационной комиссии N _____

Выдано _____
(фамилия, собственное имя, отчество, год рождения пациента)
проживающему (ей) _____
(адрес места жительства или места пребывания)

На основании освидетельствования, проведенного _____
(дата)
анализа медицинских и иных документов пациента, а также _____
(указывается

_____ нормативный правовой акт, на основании которого выдается заключение
врачебно-консультационной комиссии (далее - ВКК)
установлено, что _____
(заключение)

Дано для представления _____
Срок действия заключения _____
Дата выдачи _____ 20__ г.

Председатель ВКК _____	_____
(подпись)	(инициалы, фамилия)
М.П.	

Члены ВКК: _____	_____
(подпись)	(инициалы, фамилия)
_____	_____

Примечание. Номер и дата освидетельствования должны соответствовать номеру и дате регистрации в журнале ВКК.

(организация)

СПРАВКА
о месте жительства

Выдана гражданину(ке) _____
(фамилия, имя, отчество
обратившегося за справкой)
в том, что он (она) действительно проживает (зарегистрирован(а)
по месту жительства по адресу:

Зарегистрирован(а) по месту жительства или месту пребывания с

Справка действительна в течение шести месяцев с даты ее выдачи.

Руководитель организации либо
руководитель соответствующего
структурного подразделения _____

(должность, подпись)

(И.О.Фамилия)

Паспортист _____
(подпись)

(И.О.Фамилия)