

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**Наказ Міністерства**  
**охорони здоров'я України**  
**№**

<b>Направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи</b>	
Дата видачі направлення «__» _____ 20__ року	
Номер направлення _____	
1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи, яка направляється на оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – особа):	_____
2. Дата народження особи:	_____ (день, місяць, рік)
3. Стать особи (біологічна):	_____ (чоловік – 1, жінка – 2)
4. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) (у разі наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України) особи, крім фізичних осіб, яким не присвоєно РНОКПП та які не мають відмітки або інформації в паспорті громадянина України про право здійснювати будь-які платежі за серією (за наявності) та номером паспорта:	_____
5. Серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», орган, що видав документ, дата видачі, строк дії:	_____ Зазначаються реквізити (серія (за наявності), номер, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії) одного з таких документів: 1) паспорт громадянина України; 2) паспорт громадянина України для виїзду за кордон; 3) дипломатичний паспорт України; 4) службовий паспорт України; 5) посвідчення особи моряка; 6) посвідчення члена екіпажу; 7) посвідчення особи на повернення в Україну; 8) тимчасове посвідчення громадянина України;

	<p>9) посвідчення особи без громадянства для виїзду за кордон;</p> <p>10) посвідка на постійне проживання;</p> <p>11) посвідка на тимчасове проживання;</p> <p>12) картка мігранта;</p> <p>13) посвідчення біженця;</p> <p>14) проїзний документ біженця;</p> <p>15) посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;</p> <p>16) проїзний документ особи, якій надано додатковий захист;</p> <p>17) паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах</p>
6. Серія (за наявності) та номер військово-облікового документа для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної дільниці (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років:	_____
7. Серія (за наявності) та номер паспортного документа іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах, країна, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії:	_____
8. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) особи:	<p>_____</p> <p>(поштовий індекс, область, район,</p> <p>_____</p> <p>населений пункт, вулиця, будинок)</p>
9. Контактні дані особи:	
9.1. Номер телефону:	9.2. Адреса електронної пошти (за наявності):
_____	_____
10. Відомості про довірену особу для повідомлення у разі неможливості зв'язку з особою (за наявності):	
10.1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності):	_____
10.2. Номер телефону:	_____
10.3. Адреса електронної пошти (за наявності):	_____
11. Характер праці особи:	<p>_____</p> <p>(дистанційна – 1, офісна – 2, на транспорті – 3, на виробництві – 4)</p>

12. Заклад охорони здоров'я, який направив особу на оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – оцінювання):	
12.1. Найменування: _____ _____	12.3. Місцезнаходження: _____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок)
12.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: _____	
13. Наявність або відсутність в особи встановленої групи інвалідності, за наявності – група інвалідності (у разі встановлення І групи інвалідності – також підгрупа):	_____ (наявна – 1, відсутня – 2; _____ група інвалідності, у разі встановлення І групи інвалідності – також підгрупа)
14. Дата встановлення інвалідності (за наявності):	_____ (день, місяць, рік)
15. Встановлення інвалідності безстроково або на визначений строк:	_____ (безстроково – 1, на визначений строк – 2)
16. Строк, на який встановлено інвалідність (крім осіб, яким інвалідність встановлено безстроково):	_____ (кількість років)
17. Дата, на яку було призначено повторний огляд/повторне оцінювання (останній/останнє з призначених)	_____ (день, місяць, рік)
18.1. Бажана форма розгляду експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи:	_____ (очно – 1, заочно – 2, з використанням методів і засобів телемедицини – 3, за місцем перебування/лікування особи – 4)
18.2. Адреса місця перебування/лікування особи (у разі, якщо пропонується провести розгляд справи за її місцем перебування/лікування):	_____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок)
19. Заклад охорони здоров'я, який направив особу на оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – оцінювання):	
19.1. Найменування: _____ _____	19.3. Місцезнаходження: _____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок)
19.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: _____	
20. Підстави для направлення на оцінювання:	_____ _____
21. Історія розвитку захворювання, з приводу якого особа направляється на оцінювання: _____ (з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)	

(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)
(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)
22. Дані про тимчасову втрату особою працездатності за останні 12 місяців:
(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)
(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)
(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)
23. Зміна професії, умов праці особи за останній рік у зв'язку із зазначеним захворюванням: _____ (так – 1, ні – 2)
24. Стан особи на час направлення на оцінювання (наводяться в направленні на оцінювання або документах, що додаються до нього): _____
25. Дані про рентгенологічні, лабораторні та інші дослідження (наводяться в документах, що додаються до направлення на оцінювання): _____
26. Основний діагноз при направленні особи на оцінювання відповідно до НК 025:2021:
27. Супутній діагноз при направленні особи на оцінювання відповідно до НК 025:2021:
28. Ускладнення основного діагнозу при направленні особи на оцінювання:
29. Мета направлення особи на оцінювання:

<p>(встановлення інвалідності – 1, зміна причини інвалідності – 2, закінчення строку, на який встановлено інвалідність, – 3, повторне оцінювання у разі настання змін у стані здоров'я – 4, встановлення ступеню втрати професійної працездатності – 5, продовження тимчасової непрацездатності – 6, визначення медичних показань для забезпечення особи з інвалідністю автомобілем з ручним керуванням та коляскою з електроприводом – 7, розгляд питання про причинний зв'язок смерті з професійним захворюванням або трудовим каліцтвом – 8, направлення в інтернатний заклад – 9, призначення допоміжних засобів реабілітації – 10)</p>	
<p>30. Визначення потреби в отриманні соціальної, психолого-педагогічної, професійної (трудової) та/або фізкультурно-спортивної реабілітації:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>31. Визначення обсягів та видів необхідних допоміжних засобів реабілітації та/або медичних виробів:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>32. Виконання рекомендацій щодо відновлення здоров'я і працездатності:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Лікар, який направив на оцінювання:</p> <p>_____</p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))</p>	<p>_____</p> <p>(підпис)</p>
<p>М.П. (за наявності)</p> <p>«__» _____ 20__ року</p>	

**Директор Департаменту цифрових  
трансформацій в охороні здоров'я**

**Дмитро ЛУК'ЯНОВ**