

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
від 10 грудня 2024 № 2067

Витяг з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи Дата прийняття рішення «__» _____ 20__ року Номер рішення _____	
1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи, щодо якої проведено 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:	_____
5. Реквізити документа, що посвідчує особу:	
5.1. 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; 9) посвідчення особи без громадянства для виїзду за кордон;

	10) посвідка на постійне проживання; 11) посвідка на тимчасове проживання; 12) картка мігранта; 13) посвідчення біженця; 14) проїзний документ біженця; 15) посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту; 16) проїзний документ особи, якій надано додатковий захист; 17) паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах
5.2. Серія (за наявності) та номер паспортного документа іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, країна, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії – для іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах:	
6. Серія (за наявності) та номер військово-облікового документа для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної ділянки (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років:	
7. Категорія щодо військового обов'язку та військове звання (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років (стосовно призовників зазначається – «призовник»):	7.1. Категорія щодо військового обов'язку: _____ 7.2. Військове звання: _____
8. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) або адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб) особи:	_____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок, квартира)
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. Заклад охорони здоров'я, в якому проведено оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – оцінювання):	
11.1. Найменування: _____	11.3. Фактичне місцезнаходження: _____ (поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок)
11.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: _____	
12. Направлення особи на оцінювання:	12.1. Дата видачі: _____ (день, місяць, рік) 12.2. Номер: _____
13. Форма розгляду експертною командою:	(очно – 1, заочно – 2, з використанням методів і засобів телемедицини – 3, за місцем перебування/лікування особи – 4)
14. Дата проведення оцінювання:	_____ (день, місяць, рік)
15. Інформація про виконання рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, що були надані за результатами попереднього оцінювання: _____ _____ _____ _____	
16. Обґрунтування рішення експертної команди за результатами оцінювання: _____ _____ _____ _____	
17. Рішення експертної команди за результатами оцінювання:	
17.1. У разі проведення оцінювання з метою <i>(потрібне підкреслити)</i> : - встановлення інвалідності; - зміни причини інвалідності; - закінчення строку, на який встановлено інвалідність; - повторного оцінювання у разі настання змін у стані здоров'я; - визначення потреби в постійному догляді та інших соціальних послугах. <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.1.1. Рішення щодо встановлення інвалідності:	_____ (так – 1, ні – 2)

17.1.2. Рішення щодо встановлення інвалідності з оновленою причиною інвалідності:	_____
	(так – 1, ні – 2)
17.1.3. Рішення щодо визначення потреби в постійному догляді:	_____
	(так – 1, ні – 2)
17.1.4. Рішення щодо оновлення рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю:	_____
	(так – 1, ні – 2)
17.1.5. Дата, з якої встановлено інвалідність:	_____
	(день, місяць, рік)
17.1.6. Група інвалідності, яку встановлено (у разі встановлення I групи інвалідності – також підгрупа):	_____
17.1.7. Діагноз, за яким особу було направлено, відповідно до національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я:	_____ _____ _____
17.1.8. Встановлення інвалідності безстроково:	_____
	(так – 1, ні – 2)
17.1.9. Дата повторного оцінювання (крім осіб, яким інвалідність встановлено безстроково):	_____
	(день, місяць, рік)
17.1.10. Причина інвалідності (зазначається одна причина; у разі наявності інвалідності з дитинства може бути додатково зазначено іншу причину):	_____ _____
17.1.11. Дата настання інвалідності (заповнюється тільки у випадках, якщо однією з причин інвалідності є «інвалідність з дитинства»):	_____
	(день, місяць, рік)
17.2. У разі проведення оцінювання з метою встановлення ступеню втрати професійної працездатності:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.2.1. Рішення щодо встановлення ступеню втрати професійної працездатності:	_____
	(так – 1, ні – 2)
17.2.2. Дата встановлення професійного захворювання чи настання трудового каліцтва:	_____
	(день, місяць, рік)

17.2.3. Дата, з якої визначено відсоток втрати професійної працездатності:	_____ (день, місяць, рік)
17.2.4. Відсоток втрати професійної працездатності:	_____
17.2.5. Причина втрати професійної працездатності:	_____ _____
17.2.6. Дата повторного оцінювання відсотка непрацездатності (у разі необхідності):	_____ (день, місяць, рік)
17.3. У разі проведення оцінювання з метою продовження тимчасової непрацездатності: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.3.1. Рішення щодо продовження тимчасової непрацездатності:	_____ (так – 1, ні – 2)
17.3.2. Строк, на який було продовжено тимчасову непрацездатність особи:	з _____ (день, місяць, рік) до _____ (день, місяць, рік)
17.4. У разі проведення оцінювання з метою визначення медичних показань для забезпечення автомобілем та/або електроскутером і протипоказань до керування ними: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.4.1. Рішення щодо забезпечення автомобілем та/або електроскутером:	_____ (так – 1, ні – 2)
17.4.2. Медичні показання для забезпечення автомобілем та/або електроскутером:	_____ (наявні – 1, відсутні – 2)
17.4.3. Протипоказання до керування автомобілем та/або електроскутером:	_____ (наявні – 1, відсутні – 2)
17.5. У разі проведення оцінювання з метою встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням, трудовим каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.5.1. Рішення щодо встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням, трудовим каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я:	_____ (так – 1, ні – 2)
17.5.2. Пов'язаність смерті з професійним захворюванням, травмою на виробництві або іншим ушкодженням здоров'я:	_____ (так – 1, ні – 2)
17.6. У разі проведення оцінювання з метою встановлення причинного зв'язку інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві:	

<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.6.1. Рішення щодо встановлення причинного зв'язку інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві:	(так – 1, ні – 2)
18. Рекомендації, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю:	(додаються до витягу з рішення – 1, не додаються до витягу з рішення – 2)
Особа, яка сформулила витяг з рішення: (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	(підпис)
М.П. (за наявності) «__» _____ 20__ року	