

Наименование медицинской  
организации (штамп)

Медицинская документация  
Учетная форма N 315/у

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Минздравсоцразвития России  
от 15 апреля 2005 года N 275

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о характере полученных повреждений здоровья в результате**  
**несчастного случая на производстве и степени их тяжести**

Выдано \_\_\_\_\_  
(наименование организации (индивидуального предпринимателя), по запросу которой(го) выдается  
медицинское заключение)

о том, что пострадавший \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность  
\_\_\_\_\_  
(профессия) пострадавшего)

поступил в \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, ее структурного  
\_\_\_\_\_  
подразделения, куда поступил пострадавший, дата и время поступления (обращения)

Диагноз и код диагноза по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
(с указанием характера и локализации  
\_\_\_\_\_  
повреждений здоровья)

Согласно Схеме определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на  
производстве указанное повреждение относится к категории

\_\_\_\_\_  
(указать степень тяжести травмы:  
\_\_\_\_\_  
тяжелая, легкая)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
(или главный врач) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_

М.П.