

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о тяжести производственной травмы**

**Наименование лечебного учреждения**

(штамп)

Выдано \_\_\_\_\_

*(название предприятия, учреждения, организации, совхоза,  
колхоза, по запросу которого выдается заключение)*

в том, что пострадавший \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество, возраст)*

\_\_\_\_\_

*(занимаемая должность)*

поступил в \_\_\_\_\_

*(название отделения больницы, поликлиники)*

\_\_\_\_\_

*(дата, час)*

**Диагноз** \_\_\_\_\_

*(с указанием характера и локализации повреждения)*

Согласно «Схеме определения тяжести производственных травм» утвержденной  
Минздравом РК 16 февраля 1994 года указанное повреждение

\_\_\_\_\_

*(относится, не относится - вписать)*

к числу тяжелых производственных травм.

Зав. отделением

(или главный врач) \_\_\_\_\_

*(подпись) (фамилия, имя, отчество)*

Лечащий врач \_\_\_\_\_

*(подпись) (фамилия, имя, отчество)*

М.П. \_\_\_\_\_

*(Место печати (дата выдачи заключения)*

*лечебного учреждения)*

*телефон лечебного учреждения*