

Приложение 1

к Приказу Минздрава РФ
от 28 октября 1996 г. N 366

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Медицинская документация
форма N 025-9/у-96

(наименование учреждения)

ТАЛОН
НА ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: мужской, женский _____
3. Дата рождения _____
4. Домашний адрес _____
5. Место работы _____
6. Заключительный диагноз _____
7. Шифр заболевания _____
8. Общее число дней нетрудоспособности
по данному случаю _____

Дата заполнения

Подпись врача