



Настоящ адрес: .....

(област, община, град, ул., №)

Лицето е в трудовоправни отношения

Месторабота (за лица на и над 16-годишна възраст): .....

(име на фирма, адрес, длъжност, телефон)

**Диагноза на водещото заболяване**

..... .

**Диагнози на придружаващите заболявания**

..... .

..... .

..... .

..... .

..... .

**Анамнеза**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Обективно състояние**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Изпраща се на ТЕЛК за:**

1. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, която не е предшествана от временна неработоспособност.
2. Вид и степен на увреждане.
3. Промяна на датата на инвалидизирането, срока на инвалидизирането, противопоказните условия на труд или причинната връзка.
4. Необходимост от преосвидетелстване поради влошено или подобрено състояние.
5. Необходимост от преосвидетелстване по повод на социални придобивки и други поводи, предвидени в нормативни актове.

**Придружаващи документи:**

1. ....

дата на издаване на документа   .   .

2. ....

дата на издаване на документа   .   .

3. ....

дата на издаване на документа   .   .

4. ....

дата на издаване на документа   .   .

5. ....

дата на издаване на документа   .   .

**Личен лекар (лекар по дентална медицина), а за лицата, които нямат личен лекар - лекуващият лекар (лекар по дентална медицина):**

.....

(име и фамилия, подпис и печат)

**Забележка:**

Придружаващите документи се прилагат.