

Приложение  
к приказу ТФОМС УР  
от 25.11.2019 № 549

**Персонифицированные данные по случаям первичного выхода на инвалидность лиц  
трудоспособного возраста и детей, застрахованных СМО**

Период: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
(месяц) (год)

Наименование МО, предоставившей сведения \_\_\_\_\_

№ п/п	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (пациента)	Фамилия пациента	Имя пациента	Отчество пациента (при наличии)	Дата рождения (дд.мм.гггг)	Код основного диагноза МКБ-10, приведшего к инвалидизации	Группа инвалидности (для взрослых)	Дата первичного выхода на инвалидность
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись руководителя) (расшифровка)

МП