

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
10 грудня 2024 року № 2067

Направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи	
Дата видачі направлення «__» _____ 20__ року	
Номер направлення _____	
1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи, яка направляється на оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – особа):	_____
2. Дата народження особи:	_____ (день, місяць, рік)
3. Стать особи (біологічна):	_____ (чоловік – 1, жінка – 2)
4. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) (у разі наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України) особи:	_____
5. Реквізити документа, що посвідчує особу:	
5.1. Серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», орган, що видав документ, дата видачі, строк дії:	_____ Зазначаються реквізити (серія (за наявності), номер, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії) одного з таких документів: 1) паспорт громадянина України; 2) паспорт громадянина України для виїзду за кордон; 3) дипломатичний паспорт України; 4) службовий паспорт України; 5) посвідчення особи моряка; 6) посвідчення члена екіпажу; 7) посвідчення особи на повернення в Україну; 8) тимчасове посвідчення громадянина України; 9) посвідчення особи без громадянства для виїзду за кордон; 10) посвідка на постійне проживання; 11) посвідка на тимчасове проживання; 12) картка мігранта; 13) посвідчення біженця;

	14) проїзний документ біженця; 15) посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту; 16) проїзний документ особи, якій надано додатковий захист; 17) паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах
5.2. Серія (за наявності) та номер паспортного документа іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, країна, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії – для іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах:	_____
6. Серія (за наявності) та номер військово-облікового документа для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної дільниці (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років:	_____
7. Категорія щодо військового обов'язку та військове звання (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років (стосовно призовників зазначається – «призовник»):	7.1. Категорія щодо військового обов'язку: _____ 7.2. Військове звання: _____
8. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) або адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб) особи:	_____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок, квартира)
9. Контактні дані особи:	
9.1. Номер телефону: _____	9.2. Адреса електронної пошти (за наявності): _____
10. Відомості про довірену особу для повідомлення у разі неможливості зв'язку з особою (за наявності):	
10.1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності):	_____
10.2. Номер телефону:	_____
10.3. Адреса електронної пошти (за наявності):	_____
11. Характер праці особи:	_____

	(дистанційна – 1, офісна – 2, на транспорті – 3, на виробництві – 4)
12. Заклад охорони здоров'я, який направив особу на оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – оцінювання):	
12.1. Найменування: _____ _____	12.3. Фактичне місцезнаходження: _____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок)
12.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: _____	
13. Лікар, який направив особу на оцінювання:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))
14. Наявність або відсутність в особи раніше встановленої інвалідності:	_____ (наявна – 1, відсутня – 2)
15. У разі наявності в особи раніше встановленої групи інвалідності:	
15.1. Дата, з якої встановлено інвалідність:	_____ (день, місяць, рік)
15.2. Група інвалідності, яку встановлено (у разі встановлення І групи інвалідності – також підгрупа):	_____ група інвалідності, у разі встановлення І групи інвалідності – також підгрупа)
15.3. Встановлення інвалідності безстроково або на визначений строк:	_____ (безстроково – 1, на визначений строк – 2)
15.4. Строк, на який встановлено інвалідність (крім осіб, яким інвалідність встановлено безстроково):	_____ (кількість років)
15.5. Дата, на яку було призначено повторний огляд/повторне оцінювання (останній/останнє з призначених):	_____ (день, місяць, рік)
15.6. Причина інвалідності (зазначається одна причина; у разі наявності інвалідності з дитинства може бути додатково зазначено іншу причину):	_____ _____ _____
16.1. Бажана форма розгляду експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи:	_____ (очно – 1, заочно – 2, з використанням методів і засобів телемедицини – 3, за місцем перебування/лікування особи – 4)
16.2. Адреса місця перебування/лікування особи (у разі, якщо пропонується провести розгляд справи за її місцем перебування/лікування):	_____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок)
17. Заклад охорони здоров'я, до якого особу направлено для проведення оцінювання:	

<p>17.1. Найменування: _____</p> <p>17.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: _____</p>	<p>17.3. Фактичне місцезнаходження:</p> <p>_____</p> <p>(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок)</p>
<p>18. Підстави для направлення на оцінювання:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>19. Історія розвитку захворювання, з приводу якого особа направляється на оцінювання:</p> <p>_____</p> <p>(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)</p> <p>_____</p> <p>(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)</p> <p>_____</p> <p>(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)</p>	
<p>20. Дані про тимчасову втрату особою працездатності за останні 12 місяців:</p> <p>_____</p> <p>(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)</p> <p>_____</p> <p>(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)</p> <p>_____</p> <p>(з (день, місяць, рік) до (день, місяць, рік), діагноз відповідно до НК 025:2021)</p>	
<p>21. Зміна професії, умов праці особи за останній рік у зв'язку із зазначеним захворюванням:</p> <p>_____</p> <p>(так – 1, ні – 2)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>22. Стан особи на час направлення на оцінювання та її здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, здобуття освіти, трудової діяльності із зазначенням ступенів обмеження (у разі наявності) відповідно до класифікації основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості, визначеної критеріями встановлення інвалідності, затвердженими постановою Кабінетом Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 (відомості наводяться в направленні на оцінювання або документах, що додаються до нього): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>23. Дані про рентгенологічні, лабораторні та інші дослідження (наводяться в документах, що додаються до направлення на оцінювання): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

24. Основний діагноз при направленні особи на оцінювання відповідно до НК 025:2021:

25. Супутній діагноз при направленні особи на оцінювання відповідно до НК 025:2021:

26. Ускладнення основного діагнозу при направленні особи на оцінювання:

27. Мета направлення особи на оцінювання:

Зазначаються числа, що відповідають таким цілям направлення особи на оцінювання:
 встановлення інвалідності – 1;
 зміна причини інвалідності – 2;
 закінчення строку, на який встановлено інвалідність, – 3;
 повторне оцінювання у разі настання змін у стані здоров'я – 4;
 оновлення рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, – 5;
 встановлення ступеню втрати професійної працездатності – 6;
 продовження тимчасової непрацездатності – 7;
 визначення медичних показань для забезпечення автомобілем та/або електроскутером і протипоказань до керування ними – 8;
 встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням, трудовим каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я – 9;
 визначення потреби в постійному догляді та інших соціальних послугах – 10;
 призначення допоміжних засобів реабілітації (технічних та інших засобів реабілітації) та/або медичних виробів – 11;
 встановлення причинного зв'язку інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві – 12

28. Необхідність у забезпеченні послугами, потребу в яких визначено чи має бути оцінено в інших сферах життєдіяльності (потреба в отриманні послуг з реабілітації у сфері охорони здоров'я, соціальної і побутової, психолого-педагогічної, професійної і трудової та/або фізкультурно-спортивної реабілітації):

29. Визначення обсягів та видів необхідних допоміжних засобів реабілітації (технічних та інших засобів реабілітації) та/або медичних виробів:

<hr/> <hr/> <hr/>	
30. Виконання рекомендацій щодо відновлення здоров'я і працездатності особою:	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Особа, яка надала направлення особі: <hr/> (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	<hr/> (підпис)
М.П. (за наявності) «__» _____ 20__ року	

**Директор Департаменту цифрових
трансформацій в охороні здоров'я**

Дмитро ЛУК'ЯНОВ