

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства охорони
 здоров'я України
 10 липня 2007 року № 378
 (в редакції наказу Міністерства
 охорони здоров'я України
 від 26 серпня 2025 року № 1337)

Звітність

Звіт про медичне обслуговування населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, за 20__ рік

Респонденти:	Терміни подання
Юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми та підпорядкування та фізичні особи – підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та здійснюють медичний нагляд і облік осіб, включених до Державного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС – Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій	Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій
Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій зведений звіт – Міністерству охорони здоров'я України	Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України

**Форма № 15
(річна)**

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ МОЗ
 10 липня 2007 року
 № 378
 (в редакції наказу МОЗ
 від 26 серпня 2025 року
 № 1337)

за погодженням
 з Держстатом

Респондент: Найменування юридичної особи:			
Місцезнаходження: _____ (поштовий індекс, область / АР Крим, район, населений пункт, вулиця / провулок, площа тощо, № будинку / корпусу, № квартири / офісу)			
Коди респондента:			
за ЄДРПОУ юридичної особи, реєстраційний номер облікової картки платника податків -фізичної особи-підприємця (серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті)	території (КАТОТТГ)	основний вид економічної діяльності (КВЕД)	організаційно-правової форми (КОПФ)
1	2	3	4

А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Із рядка 6 – потребували отримання медичної допомоги за результатами медичного огляду, усього									
12.1	з них чоловіки									
13	Із рядка 12 – проведено лікування, усього									
13.1	з них чоловіки									
14	Із рядка 13 – в амбулаторних умовах, у умовах денного стаціонару, за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта									
15	в умовах стаціонару									
16	у санаторно-курортних закладах									
17	іншими надавачами медичних послуг									

Дата « ____ » _____ 20__ р.

Керівник респондента

М.П. (за наявності)

(підпис)

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Форму заповнив

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

(номер телефона)

(електронна пошта)

В.о. директора Департаменту медичних послуг

Андрій ГАВРИЛЮК