Реестр застрахованных, прошедших обязательные периодические медицинские осмотры (обследования)

(наименование страхователя, адрес, регистрационный номер, код ОКВЭД)

(ИНН, наименование лечебного учреждения)

№ п/п	Дата составления акта (чч.мм.гггг) **(только цифры)**	Дата прохождения ПМО (чч.мм.гггг) **(только цифры)**	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения (чч.мм.гггг) **(только цифры)**	Профессия, должность	Стаж работы **(целое число)**	Вид работ **(см.справочник табл.6)** (все пункты заполнять в одной ячейке через точку с запятой)	Вредный производственный фактор **(см.справочник табл.5)** (все пункты заполнять в одной ячейке через точку с запятой)	Периодичность прохождения медицинского осмотра	Нуждаемость в проведении дополнительного обследования	Нуждаемость в обследовании в центре профпатологии	Нуждаемость в амбулаторном обследовании и лечении	Нуждаемость в стационарном обследовании и лечении	Нуждаемость в санаторно-курортном лечении	Профиль санатория **(см. справочник табл. 7)**	Нуждаемость в диспансерном наблюдении	Предварительный диагноз профзаболевания (МКБ-10)	Впервые установленные хронические соматические заболевания **(МКБ-10)**	Впервые установленные профессиональные заболевания **(МКБ-10)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1																						