

Медицинское заключение
о состоянии здоровья пожилого гражданина (инвалида)
для оказания социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания
№ _____ от « _____ » _____ 20____ г.

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ выдавшей _____ справку

выдана _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

Способность к передвижению _____
передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, с помощью ТСР, на
постельном режиме

Способность к самообслуживанию _____
не ограничена, частично ограничена,
утрачена полностью

	Основной диагноз, сопутствующий диагноз (с указанием кода заболевания)
Терапевт	
Фтизиатр	
Результат флюорографии (Р- графии), наличие флюоротеки	
Хирург	
Невролог	
Офтальмолог	
Дерматовенеролог	
Гинеколог (для женщин)	
Онколог	
Нарколог	
Психиатр	
Результаты анализов крови:	на ВИЧ
(с указанием номера и даты)	на HbS Ag
	на HCV
	на RW
Результаты анализов на дифтерию	
Результаты анализов на яйца	

гельминтов	
Результаты анализов на группу возбудителей кишечных инфекций	

Оборотная сторона

Заключение врачебной комиссии

Диагноз (с указанием кодов заболеваний):

нуждаемость в постоянной посторонней помощи имеется/ отсутствует,
(нужное подчеркнуть)

рекомендуется нахождение в стационарной организации социального обслуживания
_____ типа.
(общего, психоневрологического)

Основания для постановки перед судом о признании гражданина недееспособным (для лиц, страдающих психическими расстройствами) имеются/ отсутствуют.
(нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии

_____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись) _____ (дата)

М.П.