

Справка
о состоянии здоровья гражданина для оказания социальных услуг в полустационарной
форме социального обслуживания

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ выдавшей _____ справку

выдана _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

подтверждает

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

в связи с наличием заболеваний (указать коды заболеваний) _____

Медицинские рекомендации (при наличии указать)

Врач _____
(должность)

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

(дата)

М.П.

Заключение
уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии)
противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю
социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении
социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в
полустационарной форме, или в стационарной форме

1. Выдано _____

_____ (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (*необходимое подчеркнуть*), куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

_____ (гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено (*нужное подчеркнуть*):

а) наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

б) наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Председатель врачебной комиссии:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.
_____ (при наличии)