

Угловой штамп медицинского
учреждения

Приложение № 4
к административному регламенту

Заключение медицинской организации о состоянии здоровья Заявителя (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и об отсутствии у Заявителя медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Адрес регистрации _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевта (для детей – педиатра) _____

Фтизиатра _____

Хирурга _____

Дерматовенеролога _____

Отоларинголога _____

Окулиста _____

Невропатолога _____

Стоматолога (зубного врача) _____

Гинеколога (для женщин) _____

Онколога _____

Нарколога _____

Психиатра _____

(Результаты анализа на кишечную группу _____

(с указанием № и даты анализа)

Медицинские рекомендации для оказания социальных услуг:

Медицинские рекомендации по уходу _____

Нуждаемость в социальных услугах _____

Нуждаемость в средствах реабилитации _____

Рекомендации по питанию _____

Физическая активность _____

Лекарственная терапия _____

Когнитивный тренинг _____

Профилактика падений _____

Заключение: может находиться в стационарном учреждении _____ профиля.

М.П. «__» _____ 20__ г.

Главный врач поликлиники _____ / _____ /