

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 ОКТ 2016 № 1909-п.
«О мерах по реализации Федерального закона
«Об основах социального обслуживания
граждан в Российской Федерации»

Форма

Бланк (штамп) медицинской организации

Медицинское заключение,
выдаваемое по результатам решения, принятого врачебной комиссией о наличии
заболевания или травмы, повлекших полную или частичную утрату способности либо
возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться,
обеспечивать основные жизненные потребности (в случае наличия заболевания или
травмы, когда заявителю не установлена инвалидность)
от _____ 20__ г. № _____

1. Фамилия, имя, отчество

2. Пол Мужской Женский 3. Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Место регистрации:

район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____

5. В силу заболевания / травмы имеется утрата способности либо возможности:

осуществлять самообслуживание: полная, частичная
самостоятельно передвигаться: полная, частичная
обеспечивать основные жизненные потребности: полная, частичная
(нужное подчеркнуть)

6. Диагноз, установленный медицинской организацией:

Заболевание, явившееся причиной ухудшения условий его жизнедеятельности:
основное _____ код по МКБ-10 _____
сопутствующее _____
_____ код по МКБ-10 _____

Медицинские противопоказания, указанные в Приложении № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, отсутствуют
(заполняется в случае определения нуждаемости в предоставлении социальных услуг в стационарной форме)

7. Данные исследований (для детей до 18 лет – эпидблагополучие адреса, решение (под) комиссии по медицинской реабилитации)

Общий анализ крови

(дата.....) Нв.....L.....СОЭ.....мм/ч

Общий анализ мочи

(дата.....).....

...

Флюорография грудной клетки № (дата.....) Заключение: _____

ЭКГ (дата.....) Заключение: _____

(заполняется в случае определения нужды в предоставлении социально-медицинских услуг в стационарной или полустационарной формах социального обслуживания)

8. Рекомендации по проведению медицинских (физиотерапия, ЛФК, массаж), социальных (психологическая, логопедическая помощь) мероприятий, адаптивной физической культуры, временному обеспечению техническими средствами ухода, реабилитации и адаптации

Подписи

Руководитель врачебной комиссии _____

Члены врачебной комиссии _____

Печать медицинской организации

* Срок действия заключения 12 месяцев