

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/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)¹ 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)¹ 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)¹ 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)

¹ Части 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

**Заключение лечебно-профилактического учреждения
для получения социальных услуг в форме социального обслуживания на дому
от «__» ____ 20__ г.**

Наименование учреждения: _____

Ф.И.О. обследуемого _____

Год рождения _____ Адрес: _____

Диагноз (основной): _____

Сопутствующий _____

Способность к самообслуживанию (отметить галочкой):

- ☐ Полностью сохранена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены
- ☐ Снижена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств)
- ☐ Утрачена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц)

Способность к самостоятельному передвижению (отметить галочкой):

- ☐ полностью сохранена способность человека самостоятельно передвигаться
- ☐ снижена способность человека самостоятельно передвигаться (необходима регулярная, частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств)
- ☐ утрачена способность человека самостоятельно передвигаться (полная зависимость от других лиц)

В постоянном постороннем уходе (отметить галочкой):

- ☐ не нуждается
- ☐ нуждается

Медицинские противопоказания к социальному обслуживанию (отметить галочкой):

- ☐ выявлены
- ☐ не выявлены

Председатель комиссии: _____
(подпись)

(Ф.И. О.)

Члены комиссии: _____

