

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о состоянии здоровья лица, оформляющегося на обслуживание на дому
ГКУСО «Центр социального обслуживания Себежского района»

Ф.И.О. _____

Дата, месяц и год рождения _____

Домашний адрес _____

Группа инвалидности _____

Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Степень (возможность) по состоянию здоровья самообслуживания _____

(полная, частичная, отсутствует)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
(нужное подчеркнуть)

- медицинских противопоказаний к принятию на обслуживание центром социального обслуживания нет;

- нуждается в обслуживании специализированным отделением социально-медицинского обслуживания на дому;

- не может обслуживаться центром социального обслуживания

(указать причины, по которым заявитель не может обслуживаться)

Наименование учреждения, выдавшего заключение _____

Фамилия врача _____

Подпись врача _____

« _____ » _____ 200__ г.

Печать учреждения