

**Справка медицинской организации о состоянии здоровья получателя социальных услуг
(о частичной или полной утрате способности к самообслуживанию либо возможности осуществлять
самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу
заболевания, травмы, возраста)**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ Домашний адрес _____

Группа инвалидности _____ Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Наличие нарушений, которые препятствуют самообслуживанию (нарушения психических функций, нарушения языковых и речевых функций, нарушения сенсорных функций, нарушения статодинамических функций, нарушения функций внутренней секреции (кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, иммунитета), нарушения, обусловленные физическими деформациями): _____

Степень выраженности нарушений (указать степень в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 № 1013н), нужное – подчеркнуть

Незначительные нарушения (**1 степень**); Умеренные нарушения (**2 степень**); Выраженные нарушения (**3 степень**); Значительно выраженные нарушения (**4 степень**).

Двигательная активность (указать степень в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 № 1013н), нужное – подчеркнуть

1 степень (способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств); **2 степень** (способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств); **3 степень** (неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц).

Способность к самообслуживанию (указать степень в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 № 1013н), нужное – подчеркнуть

1 степень (способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, сложности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств); **2 степень** (способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств); **3 степень** (неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц).

Медицинские противопоказания (тяжелые психические расстройства, хронический алкоголизм, венерические, карантинные инфекционные заболевания, бактерио – и вирусносительство, активные формы туберкулеза, злокачественно протекающие опухолевые заболевания и рецидивы злокачественного процесса, исключая III клиническую группу, иные тяжелые заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, полная утрата способности к самообслуживанию): _____

(прописать: не имеются, имеются - какие?)

Заключение о нуждаемости гражданина в социальном обслуживании

1) Нуждается в социальном обслуживании на дому _____

(прописать: нуждается либо не нуждается)

на период до _____

2) Нуждается в социальном обслуживании в отделении дневного пребывания _____

(прописать: нуждается либо не нуждается)

3) Не подлежит социальному обслуживанию в связи с _____

Фамилия врача _____ Подпись _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

М.П.