

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья лица, оформляющегося на социальное обслуживание в форме социального обслуживания на дому

Ф.И.О. _____

Дата, месяц, год рождения _____

Домашний адрес _____

Группа инвалидности _____

Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Заключение:

_____ медицинские противопоказания к принятию на
(имеются, не имеются)
обслуживание в форме социального обслуживания на дому¹:

_____ (при наличии указываются противопоказания)

_____/_____/_____
(подпись врача) (ФИО врача)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Наименование учреждения, выдавшего заключение _____

Печать учреждения

¹ В соответствии с подпунктом 2 пункта 2.5.1 подраздела 2.5 раздела 2 Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг Сахалинской области в форме социального обслуживания на дому, утвержденного приказом министерства социальной защиты Сахалинской области от 05.12.2014 №117-н (заразные заболевания (туберкулез в активной форме, заразные заболевания кожи и волос, инфекционные, респираторно-вирусные и другие заболевания, передающиеся воздушно-капельным и контактно-бытовым путем), хронические и онкологические заболевания в стадии прогрессирования или рецидива, подлежащие специализированному лечению либо направлению в специализированные центры паллиативной помощи или хосписы (за исключением больных, нуждающихся только в динамическом наблюдении), тяжелые психические расстройства, при которых человек не осознает значения своих действий и представляет опасность для себя и (или) окружающих).