

Угловой штамп учреждения	<b>Заключение медицинской организации о состоянии здоровья получателя социальных услуг (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) для лиц, желающих получить социальные услуги в форме социального обслуживания на дому</b>
-----------------------------	---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Наименование учреждения, выдавшего заключения

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_

**Заключение врачей-специалистов:**

Терапевт	М.П.
_____	М.П.
Фтизиатр (флюорография)	М.П.
_____	М.П.
Дермато-венеролог	М.П.
_____	М.П.
Психиатр	М.П.
_____	

**Заключение** (нужное подчеркнуть):

Нуждается в медицинском патронаже и обслуживании социальным работником.	Нуждается в обслуживании социальным работником.
--	--

**Медицинские рекомендации для оказания социальных услуг:**

Медицинские рекомендации по уходу \_\_\_\_\_

Нуждаемость в социальных услугах \_\_\_\_\_

Нуждаемость в средствах реабилитации \_\_\_\_\_

Рекомендации по питанию \_\_\_\_\_

Физическая активность \_\_\_\_\_

Лекарственная терапия \_\_\_\_\_

Когнитивный тренинг \_\_\_\_\_

Профилактика падений \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись и расшифровка фамилии врача

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_