

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/в 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 (нужно 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. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

**Заключение о состоянии здоровья гражданина
для направления на социальное обслуживание на дому**

Ф.И.О.

Дата, месяц, год рождения:

Адрес места жительства (места пребывания)

Заключение (нужное подчеркнуть):

- способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обеспечению основных жизненных потребностей:

полная утрата способности / частичная утрата способности / способность не утрачена

- нуждается / не нуждается в постоянной посторонней помощи;

- нуждается / не нуждается в паллиативной медицинской помощи;

- отсутствуют / имеются трудности, связанные с социализацией, в связи с заболеванием (в отношении инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии));

- нуждается / не нуждается в сопровождении к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (в отношении граждан, имеющих стойкие расстройства функции зрения; самостоятельного передвижения; имеющих II или III степень ограничения способности к ориентации или контролю за своим поведением);

- рекомендовано / не рекомендовано освоение и выполнение посильных физических упражнений, физической активности (в отношении граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи),

направленных на снятие мышечного напряжения (релаксация, пассивная медитация, дыхательные упражнения);

направленных на укрепление и восстановление подвижности мышц, связок, суставов, развитие мелкой моторики (общеукрепляющие упражнения, суставная гимнастика, пальчиковая гимнастика)

Наименование организации, выдавшей заключение _____

Врач/фельдшер _____ Ф.И.О. подпись

М.П. (печать медицинской организации)

« _____ » _____ 20__ г.

Срок действия заключения 12 месяцев