

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ № \_\_\_\_\_

Наименование учреждения, выдавшего заключение \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Число, месяц и год рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

На учете у психиатра \_\_\_\_\_

На учете у нарколога \_\_\_\_\_

На учете у фтизиатра \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ** лечебно - профилактического учреждения

**Предоставление социального обслуживания** (нужное подчеркнуть):

- нуждается в обслуживании в отделении социально – бытового обслуживания на дому;
- нуждается в обслуживании в отделении социально – медицинского обслуживания на дому;
- не нуждается в предоставлении социального обслуживания;
- не может обслуживаться в отделениях социального обслуживания на дому.

Медицинские противопоказания: есть, нет.

Дееспособен, частично дееспособен, недееспособен.

Наличие вредных привычек: имеют ли место злоупотребление алкоголем, наркотиками; частота; проводимое лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(Подпись / расшифровка)

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(Подпись / расшифровка)

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(Подпись / расшифровка)

Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

М. П.