

Штамп медицинской организации

**Заключение медицинской организации  
о состоянии здоровья гражданина  
для направления на социальное обслуживание  
в полустационарной форме**

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Основной диагноз (согласно МКБ 10) \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз (согласно МКБ 10) \_\_\_\_\_

**Заключение о наличии (отсутствии) показаний для направления на социальное  
обслуживание в полустационарной форме (нужное подчеркнуть):**

**ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ:**

- способность к передвижению: **полная утрата/частичная утрата;**
- способность осуществлять самообслуживание и обеспечивать основные жизненные потребности: **полная утрата/частичная утрата.**

**ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ:**

- **отсутствуют/имеются** трудности с социализацией в связи с заболеванием *в отношении инвалидов, детей-инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии) и имеющих ограничение способности к контролю за своим поведением I степени*
- **отсутствует/имеется** потребность в курсовой комплексной реабилитации в течение года *в отношении детей-инвалидов с расстройствами аутистического спектра от 3 до 8 лет*
- **отсутствует/имеется** хроническое заболевание с легким когнитивным расстройством (дефицитом) *в отношении лиц старше 65 лет*
- **отсутствуют/имеются** умеренные или тяжелые когнитивные расстройства *в отношении граждан, достигших возраста, установленного частью 1 статьи 8 Федерального закона от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»*

**Наименование организации, выдавшей заключение**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Врач/фельдшер \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

М.П. (печать медицинской организации) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Срок действия заключения 12 месяцев.

## 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 **АУ СОН ТО и ДПО «Региональный центр активного долголетия, геронтологии и реабилитации»**

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".