

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".