

Медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина,  
оформляющегося в УСОН, направляющего  
на стационарное (полустационарное) социальное  
обслуживание поставщиками социальных услуг в Московской области

№ \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Дата, месяц и год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** медицинские противопоказания к направлению на стационарное  
(полустационарное) социальное обслуживание имеются (не имеются).

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Председатель ВК \_\_\_\_\_

М.П.

**Примечание:** в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 28 декабря 2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», и «Порядком предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Московской области» противопоказаниями к принятию на социальное обслуживание на дому, граждан пожилого возраста и инвалидов являются: психические заболевания в стадии обострения; хронический алкоголизм и наркомания; венерические, карантинные инфекционные заболевания; бактерионосительство; активные формы туберкулеза; злокачественные новообразования в активной фазе; иные тяжелые заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

Справка о состоянии здоровья

(для предоставления в территориальное структурное подразделение  
Министерства социального развития Московской области)

№ \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Инвалидность: да / нет (нужное подчеркнуть)

Домашний адрес \_\_\_\_\_

1. Способность осуществлять самообслуживание:

обслуживает себя полностью / частично / нуждается в постоянном постороннем уходе (нужное подчеркнуть).

2. Степень передвижения:

самостоятельно / с посторонней помощью / с помощью вспомогательных средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.) / не способен к самостоятельному передвижению / находится на постоянном постельном режиме (нужное подчеркнуть).

3. Способность обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности:  
может / не может (нужное подчеркнуть).

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Председатель ВК \_\_\_\_\_

М.П.