|  |  |
| --- | --- |
| **Заключение врачебной комиссии**  от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_  (о способности к самообслуживанию)  Ф.И.О. обследуемого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Наименование учреждения |
|  |  |
| год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. **Диагноз**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   В графе «Диагноз» необходимо указать полный нозологический и функциональный диагноз.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **сопутствующий \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. **Способность самообслуживанию (верное подчеркнуть)** 2. – полностью сохранена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены 3. – снижена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств) 4. – утрачена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц) 5. **Способность самостоятельному передвижению (верное подчеркнуть)** 6. – полностью сохранена способность человека самостоятельно передвигается 7. – снижена способность человека самостоятельно передвигается (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств) 8. – утрачена способность человека самостоятельно передвигается (полная зависимость от других лиц) 9. **В постоянном постороннем уходе (верное подчеркнуть)** 10. – не нуждается 11. – нуждается 12. **\*Медицинские противопоказания к социальному обслуживанию (верное подчеркнуть)** | |
| 1. выявлены | |
| 1. не выявлены | |
| \*заполнения при направлении граждан на полустационарное социальное обслуживание в условиях дневного пребывания, социальное обслуживание на дому | |

Подпись Фамилия Имя Отчество

Председатель комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

М.П.