|  |  |
| --- | --- |
| **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.