

Медицинское заключение

лечебно-профилактического учреждения о нуждаемости гражданина в постоянном постороннем уходе и отсутствии медицинских противопоказаний к обслуживанию в стационарном учреждении социального обслуживания

Главному врачу филиал ОГБУЗ "Барчарская районная больница"-Медицинский центр города Кедрового

(название лечебно-профилактического учреждения)

Уважаемый (ая) _____

В целях возможности определения в стационарное учреждение социального обслуживания

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, передвигается в пределах комнаты, находится на постельном режиме)

Прошу дать заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличии или отсутствии показаний к стационарному социальному обслуживанию).

Формулировки: «Годен», «На учете не состоит» не допускаются:

М.П. Директор ОГКУ «ЦСПН г.Кедрового» (_____) Ф.И.О.

Дата

Терапевт _____

(дата, подпись, печать)

Невролог _____

(дата, подпись, печать)

Онколог _____

(дата, подпись, печать)

Фтизиатр _____

(дата, подпись, печать)

Офтальмолог _____

(дата, подпись, печать)

Хирург _____

(дата, подпись, печать)

Дерматовенеролог _____

(дата, подпись, печать)

Психиатр _____

Заключение: _____

Указать тип стационарного социального учреждения – общего типа или психоневрологического профиля

Указать наличие оснований либо их отсутствие для постановки перед судом вопроса о признании заявителя недееспособным (ст. 41 Закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1

«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»)
(дата, подпись, печать)

Необходимые анализы:

(прилагаются на отдельных бланках)

HBS- АГ _____

RW _____

ВИЧ _____

Группа возбудителей кишечных инфекций _____

Исследование кала на яйца гельминтов _____

Мазок из зева на дифтерию _____

Флюорография органов грудной клетки (дата прохождения и полное описание рентгенологической картины на отдельном бланке).

Дата _____ **20** _____ **года**

М.П. _____ **Главный врач (** _____ **)**