

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
получателя социальных услуг

Наименование лечебной организации, выдавшей карту _____

_____ район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____
(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, др.)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевт _____

Фтизиатр _____

Хирург _____

Дерматовенеролог _____

Окулист _____

Стоматолог _____

Психиатр _____

Общее заключение о рекомендуемом типе стационарной организации социального обслуживания (ненужное зачеркнуть):

1) Рекомендовано определение в неспециализированное стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в доме-интернате общего типа нет

2) Рекомендовано определение в специализированную стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в психоневрологическом интернате нет

Главный врач
медицинской организации
выдавшей медицинскую карту

_____ / _____ /

« _____ » _____ 20 г.

М.П.