

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
получателя социальных услуг

Наименование лечебной организации, выдавшего карту, _____

_____ район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Уровень нуждаемости гражданина в посторонней помощи (1,2,3,4, в соответствии с требованиями п.37 правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденных приказом министерства труда и социальной защите Российской Федерации от 24.11.2014 № 940)

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

Терапевт, в том числе результаты флюорографии (давностью не более года)

_____ Хирург _____

_____ Дерматовенеролог _____

_____ Нарколог _____

_____ Невролог _____

_____ Психиатр _____

Выявлено (нужное подчеркнуть)

1. наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину может быть оказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

2. наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

2.1. Общее заключение о рекомендуемом виде стационарной организации социального обслуживания (нужное подчеркнуть):

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

б) 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.