Штамп медицинской организации Форма справки о состоянии здоровья

Приложение к Указанию

Министерства здравоохранения

Московской области

от «01» 02 2017 № 18-У

Медицинская справка о состоянии здоровья

(для предоставления в территориальное структурное подразделение

Министерства социального развития Московской области)

№

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инвалидность: да / нет (нужное подчеркнуть)

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Основной диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Способность осуществлять самообслуживание: обслуживает себя полностью / частично / нуждается в постоянном постороннем уходе (нужное подчеркнуть).
2. Степень передвижения: самостоятельно / с посторонней помощью / с помощью вспомогательных средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.) / не способен к самостоятельному передвижению / находится на постоянном постельном режиме (нужное подчеркнуть).
3. Способность обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности: может / не может (нужное подчеркнуть).

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /

Зав. поликлиникой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /

М.П.