Заключение врача-терапевта
от «____» _____ г. №____
(о способности к самообслуживанию)
Ф.И.О обследуемого _____
_____
_____

Наименование учреждения
_____
_____
_____
_____

Год рождения _____ Адрес _____

1. ДИАГНОЗ основной_____
В графе «Диагноз» необходимо указать полный нозологический и функциональный диагноз
_____
сопутствующий _____
_____

2. Способность к самообслуживанию (верное подчеркнуть)
1)- полностью сохранена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены.

2)– снижена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств)

3)– утрачена способность человека самостоятельно осуществлять основное физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц)

3. Способность к самостоятельному передвижению (верное подчеркнуть)
1) - полностью сохранена способность человека самостоятельно передвигаться

2) - снижена способность человека самостоятельно передвигаться (необходима регулярная частная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств)

3) - утрачена способность человека самостоятельно передвигаться (полная зависимость от других лиц)

4. В постоянном постороннем уходе (верное подчеркнуть)

1) не нуждается
2) нуждается

5*. Медицинские противопоказания к социальному обслуживанию (верное подчеркнуть)
1) выявлены
2) не выявлены

* заполняется при направлении граждан на полустационарное социальное обслуживание в условиях дневного пребывания, социальное обслуживание на дому

	Подпись	**Фамилия Имя Отчество**
Врач _____	_____	_____