

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к Порядку предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг Сахалинской области в полустационарной форме социального обслуживания, утвержденному приказом министерства социальной защиты Сахалинской области  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

### МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья лица, оформляющегося на социальное обслуживание в полустационарной форме социального обслуживания

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Закключение:

\_\_\_\_\_ медицинские противопоказания к принятию на обслуживание  
(имеются, не имеются)  
в полустационарной форме социального обслуживания<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_ (при наличии указываются противопоказания)

<sup>1</sup> В соответствии с подпунктом 2 пункта 2.5.1 Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг Сахалинской области, утвержденному приказом министерства социальной защиты Сахалинской области от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (заразные заболевания (туберкулез в активной форме, заразные заболевания кожи и волос, венерические и другие заболевания, передающиеся воздушно-капельным и контактно-бытовым путем), хронические и онкологические заболевания в стадии прогрессирования или рецидива, подлежащие специализированному лечению либо направлению в специализированные центры паллиативной помощи или хосписы (за исключением больных, нуждающихся только в динамическом наблюдении), тяжелые психические расстройства, при которых человек не осознает значения своих действий и представляет опасность для себя и окружающих).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись врача) (ФИО врача)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Наименование учреждения, выдавшего заключение \_\_\_\_\_

Печать учреждения

\_\_\_\_\_