

Заключение врачебной комиссии  
от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

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

Наименование лечебно-  
профилактического 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 основные 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 частичная 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

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Председатель комиссии \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

М.П.