УТВЕРЖДЕНА

Приказом Министерства здравоохранения

 Челябинской области от 29.12.2023 г.

 № 1087 и Министерства социальных

 отношений Челябинской области

 от 29.12.2023 г. № 774

|  |  |
| --- | --- |
| **Справка о состоянии здоровья гражданина** от « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_ (о степени утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание) **Ф.И.О.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Место жительства** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**1. Диагноз** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(в графе «Диагноз» необходимо указать полный нозологический и функциональный диагноз)*

**2. На диспансерном наблюдении по основному диагнозу**: *состоит / не состоит*

 *(нужное подчеркнуть)*

**3. По медицинским показаниям в восстановлении или компенсации нарушенных или полностью утраченных в результате болезни или травмы нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности:** *нуждается / не нуждается*

 *(нужное подчеркнуть)*

**4. Способность к самообслуживанию** *(нужное подчеркнуть)*

*1) полностью сохранена способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены;*

*2) снижена способность 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 самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц).*

**5. Способность к самостоятельному передвижению** *(нужное подчеркнуть)*

*1) полностью сохранена способность самостоятельно передвигаться;*

*2) снижена способность 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).*

**6. В постоянном постороннем уходе:** *нуждается / не нуждается*

 *(нужное подчеркнуть)*

**Врач**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО полностью)

М.П.