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.