Штамп медицинской организацииФорма справки о состоянии здоровья

Приложение к Указанию Министерства здравоохранения

Московской области "Об организации выдачи справки

о состоянии здоровья" от 01.02.2017 № 18-У

**Справка о состоянии здоровья**

(для предоставления в территориальное структурное подразделение Министерства социального развития МО)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инвалидность: да/нет (нужное подчеркнуть)

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Способность осуществлять самообслуживание: обслуживает себя полностью / частично, нуждается в постоянном постороннем уходе **(нужное подчеркнуть)**
2. Степень передвижения: самостоятельно / с посторонней помощью / с помощью вспомогательных средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.) / не способен к самостоятельному передвижению / находится на постоянном постельном режиме **(нужное подчеркнуть)**
3. Способность обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности: может / не может **(нужное подчеркнуть)**

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Председатель ВК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П.