

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
получателя социальных услуг**

Наименование лечебной организации, выдавшей карту

_____ район _____ город

Фамилия, имя,

отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес

Состояние здоровья

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, др.)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевт

Фтизиатр

Хирург

Дерматовенеролог

Окулист

Стоматолог

Психиатр

Общее заключение о рекомендуемом типе стационарной организации социального обслуживания _____ (ненужное _____ зачеркнуть):

1) Рекомендовано определение в неспециализированную стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в доме-интернате общего типа нет.

2) Рекомендовано определение в специализированную стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в психоневрологическом интернате нет.

Главный врач
медицинской организации,
выдавшей медицинскую карту

_____ / _____ /

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.