

**Медицинское заключение о нуждаемости в предоставлении
социального, социально-медицинского обслуживания на дому
и отсутствии противопоказаний**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья: способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию (в соответствии с приказом Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы») _____

Группа инвалидности _____

Консультации врачей-специалистов (по назначению участкового врача, врача общей практики)

Заключение участкового врача (терапевта, врача общей практики) о нуждаемости в предоставлении социального, социально-медицинского обслуживания на дому и отсутствии противопоказаний

Председатель врачебной комиссии

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

Дата выдачи " ____ " _____ 20__ г.

М.П.