ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної

політики України 14.07.2016 № 762

МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК

про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі

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

(найменування закладу охорони здоров’я, що видав висновок)

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

(прізвище, ім’я та по батькові громадянина, який потребує надання соціальних послуг територіальним центром соціального обслуговування (надання соціальних послуг)

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

(дата народження, місце проживання/перебування)

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

(група інвалідності – за наявності)

1. Наявність вад, що перешкоджають самообслуговуванню: відсутність кінцівок, інші вади опорно-рухового апарату, вади зору, слуху, інтелекту, порушення мови, інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(необхідне підкреслити або доповнити)

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

2. Здатність до самообслуговування (необхідне підкреслити): здатний, частково не здатний, не здатний.

3. **Висновок:**

протипоказань для надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг) немає (протипоказання є) (необхідне підкреслити);

може перебувати в колективі (так, ні) \_\_\_\_\_\_\_.

МП

Керівник медичного закладу

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

(підпис) (прізвище, ініціали)

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року

Лікар загальної

практики – сімейний лікар

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

(підпис) (прізвище, ініціали)

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року

Примітка. Бланк медичного висновку направляється до закладу охорони здоров’я структурним підрозділом з питань соціального захисту населення або виконавчим органом місцевого самоврядування за місцем проживання/перебування громадянина та оформляється протягом 5 днів з дати його надходження. Медичний висновок видається лікарем загальної практики – сімейним лікарем за місцем проживання/перебування громадянина на підставі висновків лікарів інших медичних спеціальностей.

Висновок переоформляється за необхідності, але не рідше 1 разу на рік.