

Штамп лечебно-профилактического учреждения

Медицинское заключение
о наличии медицинских показаний на получение оздоровительных мероприятий в
полустационарной форме социального обслуживания

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)
2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в полустационарной форме, куда представляется справка **Областное государственное автономное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Томской области»**
3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

(гражданина или получателя социальных услуг)
4. Пол (мужской/женский) _____
5. Дата рождения _____
6. Адрес места жительства(место пребывания) _____

7. Состояние здоровья: _____
(передвигается самостоятельно, передвигается при помощи ТСР)
8. Диагноз основного заболевания

9. Сопутствующие заболевания:

10. Заключение
Медицинские показания о наличии медицинских показаний на получение оздоровительных мероприятий в полустационарной форме социального обслуживания _____

Необходимые анализы: _____

(прилагаются на отдельных бланках)

результаты общих анализов крови (СОЭ, гемоглобин, лейкоциты) и мочи, биохимического анализа крови на сахар, флюорографического исследования ОТК, описание ЭКГ, осмотр гинеколога (Для женщин).

ФИО врача _____

Подпись и личная печать _____ «__» _____ 20__ г.