

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства социальной,  
семейной и демографической политики  
Удмуртской Республики и Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики  
от «04» апреля 2017 г. № 263 / 7

форма

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о состоянии здоровья гражданина**  
**для предоставления социальных услуг**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

Основной диагноз (развернутый, функциональный) \_\_\_\_\_

Код основного диагноза по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Код диагноза сопутствующего заболевания по МКБ \_\_\_\_\_

Результаты обследования: ФЛГ \_\_\_\_\_

анализ крови от \_\_\_\_\_ гемоглобин \_\_\_\_\_ лейкоциты \_\_\_\_\_ СОЭ \_\_\_\_\_

общий анализ мочи от \_\_\_\_\_

ЭКГ (заключение) от \_\_\_\_\_

Заключение гинеколога от \_\_\_\_\_

**Сведения об отсутствии или наличии противопоказаний:**  
заболевания, в том числе инфекционные, в острой и подострой стадии

хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации \_\_\_\_\_

активная форма туберкулеза \_\_\_\_\_

хронический алкоголизм, наркомания \_\_\_\_\_

венерические заболевания \_\_\_\_\_

тяжелые (выраженные, значительно выраженные) психические расстройства

нарушения функции тазовых органов тяжелой степени \_\_\_\_\_

трофические нарушения, требующие перевязок и (или) хирургического лечения \_\_\_\_\_

неспособность к самообслуживанию и активному передвижению \_\_\_\_\_

**Заключение:**

Рекомендовано прохождение реабилитационного курса в социально-реабилитационном центре (социально-реабилитационном отделении) для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Медицинские противопоказания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н, не выявлены/выявлены\* (*нужное подчеркнуть*).

**Постоянная медикаментозная терапия** (название препарата, дозировка, кратность приема) \_\_\_\_\_

**Рекомендации** лечащего врача по плановому поддерживающему лечению в Центре \_\_\_\_\_

Срок действия заключения: 6 месяцев с даты выдачи.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

\* при наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, дополнительно к настоящему заключению выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний».