|  |  |
| --- | --- |
| Справка о состоянии здоровья гражданинаот «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_(о степени утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание)Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **Диагноз**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(В графе «Диагноз» необходимо указать полный нозологический и функциональный диагноз).***2. На диспансерном наблюдении по основному диагнозу**: *состоит / не состоит*(нужное подчеркнуть)**3. По медицинским показаниям в восстановлении или компенсации нарушенных, или полностью утраченных в результате болезни или травмы нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности**: нуждается/не нуждается(нужное подчеркнуть)**4. Способность к самообслуживанию** (нужное подчеркнуть)*1) - полностью сохранена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены;* *2) - снижена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств);**3) - утрачена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц).***5. Способность к самостоятельному передвижению** (нужное подчеркнуть)*1) полностью сохранена способность самостоятельно передвигаться;**2) снижена способность самостоятельно передвигаться (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств);**3) утрачена способность человека самостоятельно передвигаться (полная зависимость от других лиц).***6. В постоянном постороннем уходе:** нуждается/не нуждается( нужное подчеркнуть)  |

 Подпись ФИО полностью

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.