Справка о состоянии здоровья

(для предоставления в территориальное структурное подразделение  
Министерства социального развития Московской области)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инвалидность: да / нет (нужное подчеркнуть)

Ребенок испытывает трудности в социальной адаптации, нуждается в реабилитации: полустационар / стационар (нужное подчеркнуть)

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Способность осуществлять самообслуживание:

обслуживает себя полностью / частично / нуждается в постоянном постороннем уходе (нужное подчеркнуть).

1. Степень передвижения:

самостоятельно / с посторонней помощью / с помощью вспомогательных средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.) / не способен к самостоятельному передвижению / находится на постоянном постельном режиме (нужное подчеркнуть).

1. Способность обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности:

может / не может (нужное подчеркнуть).

|  |  |
| --- | --- |
| Лечащий врач |  |
|  |  |
| Председатель ВК |  |

М.П.