

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о наличии/отсутствии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых, гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг

от " __ " _____ 20__ г.

1. Выдано _____
(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги, куда представляется заключение: **ОГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения Тайшетского района»**

3. Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Основной диагноз _____

8. Сопутствующие заболевания _____

9. Заключение:

- Выявлено наличие заболеваний*, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг;

- не выявлено противопоказаний для получения социальных услуг в полустационарной форме, (нужное подчеркнуть).

Участковый терапевт _____
(Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (дата)

М.П.

*Противопоказаниями для оказания социальных услуг являются:

- соматические заболевания, требующие лечения в условиях полустационара;
- инфекционные и паразитарные заболевания и бациллоносительство;
- туберкулез.
- эпилепсия, судорожные припадки и их эквиваленты;
- шизофрения;
- психологические заболевания в тяжелой форме (в т.ч. с нарушением поведения);
- кахексии любого происхождения;
- амилоидоз внутренних органов.