

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПРЕСТАРЕЛОГО (ИНВАЛИДА), ОФОРМЛЯЮЩЕГОСЯ В СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Состояние здоровья \_\_\_\_\_  
(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевт \_\_\_\_\_

Фтизиатр \_\_\_\_\_

(штамп флюорографии, результаты 3-кратного анализа мокроты для лиц на постельном режиме)

Хирург \_\_\_\_\_

Дерматовенеролог \_\_\_\_\_

Кровь на RW \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_

Стоматолог (зубной врач) \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: \_\_\_\_\_

(ВКК психоневрологического диспансера, а при отсутствии его - районной больницы, с указанием рекомендуемого типа дома-интерната на руки престарелому (инвалиду) и их родственникам не выдается - высылается почтой)

Результаты анализов (с указанием N и даты):

на кишечную группу \_\_\_\_\_,

на дифтерию \_\_\_\_\_,

яйца гельминтов \_\_\_\_\_

Сведения о профилактических прививках \_\_\_\_\_

Справка об отсутствии инфекционных заболеваний \_\_\_\_\_

(есть/нет)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Главный врач \_\_\_\_\_

Форма

Заключение  
уполномоченной медицинской организации  
о наличии 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

от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Выдано \_\_\_\_\_

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания,  
предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется  
заключение \_\_\_\_\_

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. 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 в стационарной форме <\*>.

Председатель  
врачебной комиссии:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

-----  
<\*> Часть 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах  
социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства  
Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257).