**Медицинская справка**

**для посещения социально-реабилитационного отделения**

**для граждан пожилого возраста и инвалидов**

**Дана**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество

**Адрес места жительства**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DS Основного заболевания**

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

**DS сопутствующих заболеваний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Целевая группа для получения социально-медицинских услуг**:

* Лица с легкими проявлениями (нарушениями) по имеющимся патологиям в стадии компенсации и субкомпенсации (первая целевая группа)
* Лица с умеренным нарушением по имеющимся патологиям в стадии компенсации и субкомпенсации ( вторая целевая группа)
* Лица с выраженными нарушениями по имеющимся патологиям в стадии компенсации и субкомпенсации; а также лица со сложными нарушениями ритма, имплантацией кардиостимулятора онкопатологией; состоящие на диспансерном учете у психиатра в стадии стойкой ремиссии.( третья целевая группа)

**Противопоказания к принятию на социальное обслуживание:**

Бактерио или вирусоносители

Хронический алкоголизм

Карантинные инфекционные заболевания

Активные формы туберкулеза

Психические расстройства в стадии обострения

Венерические заболевания

* Имеются
* Не имеются

Постановление Правительства ХМАО-ЮГРЫ от 27.01.2005 №18-п

Дата «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2013 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 МП подпись