

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**  
**получателя социальных услуг**

Наименование лечебной организации, выдавшего карту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

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

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

Терапевт \_\_\_\_\_

Фтизиатр \_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_

Дерматовенеролог \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_

Стоматолог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Общее заключение о рекомендуемом типе стационарной организации социального обслуживания (ненужное зачеркнуть):

1) Рекомендовано определение в неспециализированное стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в доме-интернате общего типа нет

2) Рекомендовано определение в специализированную стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в психоневрологическом интернате нет

Главный врач  
медицинской организации  
выдавшей медицинскую карту \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

М.П.