

УТВЕРЖДЕНА
приказом
Министерства здравоохранения
Челябинской области от 29.12.2023
№ 1027 и Министерства социальных
отношений Челябинской области
от 29.12.2023 № 774

Справка о состоянии здоровья гражданина
от « » _____ г. № _____
(о степени утраты способности либо возможности
осуществлять самообслуживание)

Наименование медицинской
организации

Ф.И.О. _____
Дата рождения _____
Место жительства _____

1. Диагноз _____

(В графе «Диагноз» необходимо указать полный нозологический и функциональный диагноз).

2. На диспансерном наблюдении по основному диагнозу: *состоит/ не состоит*
(нужное подчеркнуть)

3. По медицинским показаниям в восстановлении или компенсации нарушенных
или полностью утраченных в результате болезни или травмы нормальных
психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма,
его трудоспособности: *нуждается/не нуждается*
(нужное подчеркнуть)

4. Способность к самообслуживанию (нужное подчеркнуть)

1) *полностью сохранена способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены;*

2) *снижена способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств);*

3) *утрачена способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц).*

3. Способность к самостоятельному передвижению (нужное подчеркнуть)

1) *полностью сохранена способность самостоятельно передвигаться;*
2) *снижена способность самостоятельно передвигаться (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств);*

3) *утрачена способность человека самостоятельно передвигаться (полная зависимость от других лиц).*

4. В постоянном постороннем уходе: *нуждается/не нуждается*
(нужное подчеркнуть)

Подпись

ФИО полностью

Врач _____

М.П. _____