

**Медицинская справка, характеризующая состояние здоровья
гражданина, способность (неспособность) к самообслуживанию,
нуждаемость в постороннем уходе**

Фамилия, имя, отчество: _____.

Дата, месяц и год рождения: _____

Домашний адрес: _____

Наличие группы инвалидности: (да, нет, при наличии указать группу): _____

Основной диагноз: _____

Сопутствующие заболевания: _____

I. Способность к самообслуживанию (нужные строки подчеркнуть):

- 1) частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание;
- 2) полная или частичная утрата способности самостоятельно передвигаться;
- 3) полная или частичная утрата способности обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания;
- 4) полная или частичная утрата способности обеспечивать основные жизненные потребности в силу травмы;
- 5) полная или частичная утрата способности обеспечивать основные жизненные потребности в силу возраста;
- 6) полная или частичная утрата способности обеспечивать основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности.

II. Нуждается_(не нуждается) в постороннем уходе (нужное подчеркнуть).

Наименование медицинского учреждения,
выдавшего медицинскую справку КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ДЗЕРЖИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

Фамилия, имя, отчество врача _____

Подпись врача _____

Печать учреждения " ____ " _____ 20____ год

(дата выдачи справки)