

к административному регламенту предоставления на территории  
Ленинградской области государственной услуги по  
признанию гражданина нуждающимся в социальном обслуживании  
и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг

**Заключение**  
о состоянии здоровья получателя социальных услуг  
и о необходимости получения социально-медицинских услуг

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Состояние здоровья по результатам осмотра:

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

Диагноз:

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

Психических расстройств, хронического алкоголизма, венерических, хронических инфекционных и кожных заболеваний, вирусносительства, активных форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специализированных стационарных учреждениях здравоохранения, не выявлено.

Нуждается в предоставлении социально-медицинских услуг:

| Наименование услуги  | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Физиопроцедуры       |                             |                                     |                            |
| Массаж               |                             |                                     |                            |
| Фитопроцедуры        |                             |                                     |                            |
| Лечебная физкультура |                             |                                     |                            |
| Водные процедуры     |                             |                                     |                            |

Иные рекомендации в рамках межведомственного взаимодействия:

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

Врач  
М.П.

Подпись

Дата