

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