Минздрав РФ

Форма № 027/у

_____

наименование учреждения

ВЫПИСКА

из медицинской карты

☐ амбулаторного, ☐ стационарного больного

в Государственное казенное учреждение Самарской области « Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» «Виктория» г.о. Тольятти»

название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя, отчество	
2. Дата рождения	
3. Домашний адрес	
4. Место работы и род занятий	

5. Даты:	а) по амбулатории: заболевания	
	направления в стационар	
	б) по стационару: поступления	
	выбытия	

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

8. Лечебные и трудовые рекомендации

«_____» _____ **20** _____ **г** **Лечащий врач** _____

Минздрав РФ

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 2 мая 2023 г. N 202н Форма

_____

наименование учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ О НАЛИЧИИ (ОБ ОТСУТСТВИИ) ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, В СВЯЗИ С НАЛИЧИЕМ КОТОРЫХ ГРАЖДАНИНУ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО, В ТОМ ЧИСЛЕ ВРЕМЕННО, В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ФОРМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ, ИЛИ В ПОЛУСТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ, ИЛИ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение: **государственное казенное учреждение Самарской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями « Виктория» г.о.Тольятти**

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии)_____

(гражданина или получателя социальных услуг)

_____

4. Пол (мужской/женский)

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

_____

7. Заключение:

Выявлено (нужно подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

б) наличие **(отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;**

в) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Лечащий врач:

_____ _____ _____

(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

М.П.

<1> Части 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".