

Штамп медицинской организации

Форма справки о состоянии здоровья
Приложение к Указанию
Министерства здравоохранения
Московской области
от « 01 » 02 2017 №18-У

Справка о состоянии здоровья
(для предоставления в территориальное структурное подразделение
Министерства социального развития Московской области)

_____ № _____

ФИО _____

Дата рождения _____ Инвалидность: да / нет (нужное подчеркнуть)

Домашний адрес _____

1. Способность осуществлять самообслуживание:

обслуживает себя полностью / частично / нуждается в постоянном
постороннем уходе (нужное подчеркнуть)

2. Степень передвижения:

самостоятельно / с посторонней помощью / с помощью вспомогательных
средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.) / не способен к
самостоятельному передвижению / находится на постоянном
постельном режиме (нужное подчеркнуть).

3. Способность обеспечивать основные жизненные потребности
в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности:

может / не может (нужное подчеркнуть).

Лечащий врач _____ / _____ /

Председатель ВК _____ / _____ /

М.П.