

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 обеспечить основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности:

может / не может (нужное подчеркнуть).

Лечащий врач _____

Председатель ВК _____

М.П.