Медицинская справка о
состоянии здоровья гражданина

« _____ » _____ Г.

ФИО _____

Дата, месяц, год рождения _____

Домашний адрес: _____

Группа инвалидности _____

Основной диагноз _____

Способность осуществлять самообслуживание: обслуживает себя полностью,
частично/ нуждается в постоянном постороннем уходе (нужное подчеркнуть).

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).

Может / не может обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания,
травмы, возраста, наличия инвалидности (нужное подчеркнуть).

_____ (указать наличие или отсутствие противопоказаний)

Лечащий врач

_____ (личная подпись)

_____ (расшифровка)

Зав. отделением

_____ (личная подпись)

_____ (расшифровка)

Зав. поликлиникой

_____ (личная подпись)

_____ (расшифровка)

М.П.