

Штамп медицинской организации

Форма справки о состоянии здоровья

Приложение к Указанию  
Министерства здравоохранения  
Московской области  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 № \_\_\_\_\_

### 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 / находитесь 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.