

Изх. № _____

МЕДИЦИНСКА ХАРАКТЕРИСТИКА

на кандидат-потребителя за ползване
на социални услуги в общността/специализирана институция

Долуподписаният д-р _____

при _____

Издавам настоящото медицинска характеристика на

/име, презиме, фамилия/

ЕГН _____ адрес _____

/област, община, град (село), ул. №, ж.к., бл., вх., ап./

л.к. № _____ издадена от МВР _____ на _____ г.

ФАМИЛНА АНАМНЕЗА: _____

МИНАЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ: _____

АНАМНЕЗА: _____

СОМАТИЧЕН СТАТУС: _____

НЕВРОЛОГИЧЕН СТАТУС: _____

ПСИХИЧЕН СТАТУС: _____

ДИАГНОЗА: _____

**Подходящ /а/ за приемане за обслужване в социална услуга в общността/
настаняване в специализирана институция:**

1. Дневен център за възрастни хора с увреждания;
2. Дневен център за възрастни хора с увреждания – седмична грижа;
3. Дневен център за стари хора;
2. Център за социална рехабилитация и интеграция;
3. Център за временно настаняване;
4. Социален учебно-професионален център;
5. Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с психични разстройства или деменция;
6. Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с физически увреждания;
7. Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с умствена изостаналост;
8. Център за настаняване от семеен тип за стари хора;
9. Преходно жилище;
10. Защитено жилище за хора с психични разстройства;
11. Защитено жилище за хора с умствена изостаналост;
12. Защитено жилище за хора с физически увреждания;
13. Наблюдавано жилище.
14. Дом за възрастни хора с умствена изостаналост;
15. Дом за възрастни хора с психични разстройства;
16. Дом за възрастни хора с физически увреждания;
17. Дом за възрастни хора със сетивни нарушения;
18. Дом за възрастни хора с деменция;
19. Дом за стари хора

**/Моля, отбележете подходящата социална услуга в общността/
специализирана институция/**

Може /не може/ да се самообслужва

Задържа /не задържа/ тазови резервоари

Бележки:

.....

.....

.....

Лекар-Психиатър:

/подпис и печат/