



МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА КУРС СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____

Пол: МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ

Адрес проживания (пребывания): _____

Диагноз по МКБ 10: _____

Состоит на учете у (врача-специалиста) _____

Рекомендованы услуги (нужное пометить «галочкой»):

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

- ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА И ОТДЫХА;
 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

- ИНДИВИДУАЛЬНАЯ; ГРУППОВАЯ.

УСЛУГИ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КОММУНИКАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА:

- РУКОДЕЛИЕ, ПЛЕТЕНИЕ;
 ОБУЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГРАМОТНОСТИ;
 ВОКАЛОТЕРАПИЯ, РИТМОПЛАСТИКА, ЛОГОРИТМИКА, КОРРЕКЦИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ И ГОЛОСА.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ВОСХОДЯЩИЙ ДУШ; | <input type="checkbox"/> ВАКУУМНЫЙ МАССАЖ; |
| <input type="checkbox"/> ПОДВОДНЫЙ ДУШ-МАССАЖ; | <input type="checkbox"/> МАГНИТНО-ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ; |
| <input type="checkbox"/> ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ В БАССЕЙНЕ; | <input type="checkbox"/> УЗТ; |
| <input type="checkbox"/> РУЧНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ; | <input type="checkbox"/> ОРТОРЕНТ МОТОРИКА; |
| <input type="checkbox"/> ЛФК; | |
| <input type="checkbox"/> АФК (ЩАДЯЩИЙ РЕЖИМ); | |

Противопоказания (нужное подчеркнуть):

туберкулез; лепра; острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии; злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями; гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого; трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стомамоочевое пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым; пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания; заболевания, осложненные гангреной конечности и др. заболевания требующие лечения в учреждениях здравоохранения; противопоказаний к социальному обслуживанию нет.

Флюорография (дата прохождения, результат) _____

Способность к самообслуживанию сохранена, частично сохранена, отсутствует.

Цель направления:

- уменьшение двигательного дефицита; повышение качественного уровня сознания;
 коррекция нарушения речи; снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию.

Лечащий врач _____

(Ф.И.О., подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Действительно до «__» _____ 20__ г.
(не более года)

