Амб. №.........................................

**медицинско удостоверение**

**за общо здравословно състояние**

1. ....................................................................................................... ЕГН:…………………….

(име, презиме, фамилия)

л.п. серия......№.................................... изд. от МВР……………………….… на ………………

2.Адрес гр. /с./.................................. ул................................................................. № ……. бл......вх.......ет.......ап......

3. Анамнеза (само за деца )

а) развитие в ранно детство – раждане, прохождане, проговаряне, психическо развитие

..............................................................................................................................................................

б) на каква възраст са се появили първите признаци на заболяването, как е протекъл процеса:

.............................................................................................................................................................

в) фамилна анамнеза:

...........................................................................................................................................................

4.Неврологичен статус....................................................................................................................

5.Говор.............................................................................................................................................

6. Състояние на сетивата..................................................................................................................

7. Психически статус.........................................................................................................................

8. Общо състояние..............................................................................................................................

9.Диагноза......................................................................................................................................

10. Хронични заболявания........................................................................................................

11. Възможност за самообслужване, степен на подвижност........................................................

..............................................................................................................................................................

12.Диета...............................................................................................................................................

Лицето е ( не) подходящо за настаняване (обслужване) в: ..............................................................................................................................................................

Дом за стари хора, Дом за мъже и жени със сенилна и съдова деменция, Дом за лица с психични разстройства, Дом за лица с физически увреждания, Домашен социален патронаж.

**КОМИСИЯ** 1)........................... 2)........................................... 3)…………………………………..

Дата................................

*Забележка: Медицинските показания се изписват на български език*