

Изх.№...../.....

МЕДИЦИНСКА ХАРАКТЕРИСТИКА

На....., год.....

с настоящ адрес:.....

КОНСТАТАЦИИ ЗА ИЗВЪРШЕН ПРЕГЛЕД

1. **Общо физическо състояние**.....
 - 1.1. възможност за самообслужване.....
 - 1.2. възможност за придвижване без чужда помощ.....
 - 1.3. използване на помощни технически средства.....
2. **Общо психическо състояние /психически статус/**.....
3. **Зависимости**.....
4. **Комуникативност**.....
5. **Кожни заболявания** ДА НЕ
.....
6. **Неврологичен статус**.....
7. **Хирургичен статус**.....
8. **Заклучителна диагноза**.....
9. **Диета - №9 или №10**.....
10. **Освидетелстване с ТЕЛК %**.....

На базата на извършения преглед на лицето, считам, че същото

е подходящо не е подходящо
за ползване на социални услуги в общността, предоставяни от "Домашен социален патронаж - Хасково".

Настоящата медицинска характеристика е изготвена от:

.....

/име и фамилия на личния лекар/

Тел. за контакти:.....

Дата:.....

гр. Хасково

ЛИЧЕН ЛЕКАР:.....

/подпис и печат/