

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 081-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №						
Висновок про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, внаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі							
1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____ 2. Дата народження (число, місяць, рік,) 3. Місце проживання особи _____ _____ 4. Діагноз (назва захворювання зазначається за згодою особи чи її законного представника) 5. Захворювання, що викликає когнітивне порушення, внаслідок якого особа похилого віку потребує надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі Код за МКХ-10 6. Рекомендовано: денний догляд, підтримане проживання, догляд вдома на непрофесійній основі (підкреслити) Члени комісії <table border="0"><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></table> (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис) Висновок дійсний протягом 12 місяців з часу видачі. Висновок надається для одержання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі. Дата видачі (число, місяць, рік) М.П.		_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____						
_____	_____						
_____	_____						