

Изх. № .....

.....

## МЕДИЦИНСКА ХАРАКТЕРИСТИКА

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

Долуподписаният, д-р .....

при .....

Издавам настоящата 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;
2. Център за социална рехабилитация и интеграция;
3. Център за временно настаняване;
4. Социален учебно-професионален център;
5. Център за настаняване от семеен тип;
6. Преходно жилище;
7. Защитено жилище;
8. Наблюдавано жилище;
9. Дом за възрастни хора с умствена изостаналост;
10. Дом за възрастни хора с психични разстройства;
11. Дом за възрастни хора с физически увреждания;
12. Дом за възрастни хора със сетивни нарушения;
13. Дом за възрастни хора с деменция;
14. 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/