

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

09 березня 2021 року № 407

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ								
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	Форма первинної облікової документації № 080-2/о								
Код за ЄДРПОУ	ЗАТВЕРДЖЕНО								
_ _ _ _ _ _ _ _ _	Наказ МОЗ України								
	20__ року № ____								
ВИСНОВОК про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, унаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі									
1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи: _____									
2. Дата народження: _____ (число, місяць, рік)									
3. Місце проживання особи: _____									
4. Рекомендовано соціальні послуги: денного догляду, догляду вдома, паліативного догляду вдома, отримання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі від фізичної особи (необхідне підкреслити).									
Члени комісії:	<table border="0"><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))</td><td>(підпис)</td></tr></table>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))	(підпис)
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))	(підпис)								
Висновок дійсний до «____» _____ р.									
Висновок надається для одержання компенсації фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі.									
Дата видачі: _____ (число, місяць, рік)	М.П.								