

Памятка для оформления в палату повышенной комфортности

Для оформления в палату повышенной комфортности необходимо предоставить следующие документы:

1. Заявление;
2. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя;
3. Выписка из истории болезни (амбулаторной карты);
4. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту проживания;
5. Сведения о результатах обследования на туберкулез, результатах лабораторных исследований на группу возбудителей кишечных инфекций, яйца гельминтов, дифтерию, инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ, антитела к вирусному гепатиту С и В (обследование на дифтерию, яйца гельминтов, кровь на RW – действительны в течение 3-х недель, обследование на кишечную группу – действительны в течение 2-х недель, обследование на ВИЧ – 6 месяцев, обследование на антитела к вирусу гепатита С и В – действительны в течение 3- месяцев) и флюорографическим (рентгеновским) снимкам не более 6-ти месячной давности);
6. Заключение уполномоченной медицинской организации о наличии медицинских противопоказаний, в связи, с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме;
7. Заключение врача психиатра о возможности нахождения в стационарном учреждении общего типа.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 апреля 2015 г. № 215н

Форма

Заключение
уполномоченной медицинской организации
о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано,
в том числе временно, в предоставлении социальных услуг
в стационарной форме

от « » 20 г.

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение _____

3. Фамилия, имя, отчество _____

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме*.

Председатель
врачебной комиссии:

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.

* Часть 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 52, ст. 7417, 2014, № 30, ст. 4257).