

НАПРАВЛЕНИЕ

В медико-социальный центр г. Бендеры ул. Гагарина 25
(пилотный проект по организации медико-социальной помощи)

Направившее учреждение _____

Фамилия, имя, отчество пациента: _____

Возраст: _____

Адрес проживания: _____

Документ, удостоверяющий личность:

_____ Серия _____ № _____

Контактный телефон: _____

Медико-социальное заключение

Диагноз _____

Социальный статус _____

жилищные условия, состав семьи, материальное положение, другое.

Уровень автономии и функциональные способности пациента:

Выраженно снижены Снижены Умеренно снижены Сохранены

**На основании медико-социального заключения рекомендуется
осуществление медико-социальной помощи:**

в медико-социальном центре

на дому

Рекомендации лечащего врача _____

Рекомендации социального характера _____

Врач, выдавший направление

Подпись _____

М.П.

Руководитель направившего учреждения

Подпись _____

М.П.

« _____ » _____ 2026 г.