ГБУСО ВО «Меленковский комплексный центр социального обслуживания населения»
Отделение социального обслуживания на дому

Индивидуальный план оздоровительно-реабилитационных мероприятий

_____
(Ф.И.О. получателя социальных услуг)

Участковый врач: _____
Социальный работник:_____
Медицинская сестра:_____
Психолог:_____
Культорг : _____

Период: с «_____» _____20__ года
по «_____» _____20__ года

Ф.И.О. клиента_____
Домашний адрес, телефон _____
_____
Дата рождения _____
Группа инвалидности _____
Дата принятия на обслуживание_____
Диагноз основной_____
_____
_____
_____
_____

Сопутствующие заболевания_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Нуждаемость во вспомогательных средствах

Вспомогательные средства	Использует в настоящее время	Нуждается в приобретении, установке
Трость		
Костыли		
Кресло-коляска		
Протезы (для рук, ног)		
Слуховой аппарат		
Зубные протезы		
Очки		
Ортопедическая обувь		
Опорные приспособления		
Другие вспомогательные средства		

Назначения и рекомендации участкового врача

_____

_____

_____

Медикаментозное лечение _____ _____

_____

Физиопроцедура Алмагом -01 _____

_____

_____

Витаминотерапия_____

_____

_____

Фитотерапия_____

_____

_____

Ароматерапия_____

_____

_____

Диетотерапия_____

_____

_____

Лечебная физкультура _____

_____

_____

_____

Массаж_____

_____

_____

Медицинские лектории (беседы)_____

_____

_____

_____

Социально-психологические услуги_____

_____

_____

_____

_____

Социально-педагогические услуги_____

_____

_____

_____

_____

Подпись лечащего врача _____/_____ «___»_____

М.П.

Раздел 1. Социально-медицинские услуги

Медикаментозное лечение

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Физиопроцедура Алмагом-01

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Витаминотерапия

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Фитотерапия

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Аромотерапия

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Диетотерапия

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Лечебная физкультура

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание
	Общегигиеническая гимнастика			
	Статистическая гимнастика			
	Дыхательная гимнастика			

Массаж

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Медицинские лектории (беседы)

Дата	Назначения	Кратность	Отметка о выполнении	Примечание

Раздел 2. Социально-психологические услуги

Дата	Мероприятия	Отметка о выполнении	Примечание

Раздел 3. Социально-педагогические услуги

Дата	Мероприятия	Отметка о выполнении	Примечание
	Музыкотерапия		
	Терапия воспоминаниями		

Рекомендации:

Участкового врача _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись _____/_____ «___» _____

Психолога _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись _____/_____ «___» _____

Подпись клиента: _____/_____