



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
РАСПОРЯЖЕНИЕ

«08» 09 2021

№ 559-р

Об утверждении формы
медицинского заключения
для предоставления меры
социальной поддержки в виде
специального транспортного
обслуживания

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Санкт-Петербурга от 09.08.2021 № 578 «О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 15.07.2016 № 584»:

1. Утвердить форму медицинского заключения для предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельным категориям граждан, имеющим место жительства в Санкт-Петербурге, страдающим хронической почечной недостаточностью и нуждающимся по медицинским показаниям в проведении заместительной почечной терапии, выдаваемого медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь больным, страдающим хронической почечной недостаточностью, согласно приложению к настоящему распоряжению.

2. Контроль за выполнением распоряжения возложить на первого заместителя председателя Комитета по здравоохранению Сарану А.М.

Председатель
Комитета по здравоохранению

Д.Г. Лисовец

Штамп медицинской организации*

Медицинское заключение
для предоставления дополнительной меры социальной поддержки
в виде специального транспортного обслуживания отдельным категориям граждан,
имеющим место жительства в Санкт-Петербурге,
страдающим хронической почечной недостаточностью и нуждающимся
по медицинским показаниям в проведении заместительной почечной терапии
№ _____ от _____

Фамилия, имя, отчество пациента: _____

адрес места жительства: _____
СНИЛС: _____
дата рождения: _____, возраст (полных лет): _____, пол: _____
группа инвалидности: _____
дата начала заместительной почечной терапии: _____
Заключение: в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде
специального транспортного обслуживания _____
(нуждается / не нуждается)

Врач-специалист, участвующий
в вынесении медицинского заключения

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)
(личная печать
врача-специалиста)

Руководитель
медицинской организации

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.
(печать медицинской
организации (при наличии))

*медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь больным, страдающим хронической почечной недостаточностью.
Медицинское заключение оформляется с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии).