ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
09 березня 2021 року № 407
(в редакції наказу
Міністерства охорони здоров'я України
від __ _____ 2025 року № ___)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ |__|__|__|__|__|__|__|__|	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** _____ Форма первинної облікової документації **№ 080-4/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України _____ 20___ року № _____

ВИСНОВОК
про наявність порушення функцій організму, через які особа не може самостійно пересуватися та/або самообслуговуватися і потребує постійного стороннього догляду

1. Прізвище, власне ім'я, по батькові особи (за наявності): _____
_____

2. Дата народження: |___|___|___|___|___|___|
(число, місяць, рік)

3. Адреса зареєстрованого/задекларованого місця проживання (перебування) особи:
_____
_____
_____

4. Визначено потребу особи в постійному сторонньому догляді.

Члени ЛКК: _____ _____
_____ _____
_____ _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис)

Висновок дійсний до «____» _____ _____ р.

Дата видачі: |___|___|___|___|___|___| М.П.
(число, місяць, рік)