

С содержанием ИПР согласен _____

(подпись инвалида или
его законного
представителя
(необходимое
подчеркнуть))

(расшифровка
подписи)

Руководитель федерального
учреждения медико-социальной
экспертизы _____

(подпись)

(расшифровка
подписи)

Место для печати

13. Дата очередного освидетельствования «__» _____ 200_ г.
(устанавливается федеральным учреждением МСЭ в каждом конкретном случае с учетом срока, необходимого для выполнения реабилитационных мероприятий и оценки их эффективности)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о выполнении индивидуальной программы реабилитации (заполняется по окончании срока выполнения ИПР)

Оценка результатов медицинской реабилитации:

достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная), восстановлены нарушенные функции (полностью, частично), положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов профессиональной реабилитации:

получена новая профессия, повышена квалификация, повышен уровень общего (профессионального) образования, подобрано подходящее рабочее место, создано специальное рабочее место, обеспечена занятость (полная, неполная), положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть).