**Министерство социального развития Московской области**

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания**

**Московской области**

**«Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации»**

**«ЖУРАВУШКА»**



**«МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР НА ДОМУ»**

**ЖУРНАЛ УЧЕТА**

 **СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

**Дата начала: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.**

**Дата окончания: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО получателя социальных услуг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата посещения** | **Наименование процедуры, мероприятия** | **Специалист** | **Подпись специалиста** | **Подпись представителя получателя** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Учет и движение реабилитационного оборудования**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование оборудования** | **Дата выдачи** | **Дата возврата** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Контроль за проведением социально-реабилитационных мероприятий**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Результаты проверки** | **Подпись проверяющего** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Для заметок**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |