

Заключение

уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение _____

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

(гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено (нужно подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

б) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Председатель врачебной комиссии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

(дата)

М.П. (при наличии)

Штамп медицинской организации

Фамилия _____ Имя _____
 Отчество _____
 Дата рождения _____
 Место жительства _____

Заключение врачей-специалистов

№ п/п	Врач-специалист, наименования лабораторных исследований	Данные о состоянии здоровья, дата, подпись врача, печать
1.	Врач-терапевт/врач-педиатр (в случае имеющегося злокачественного новообразования указать о наличии/отсутствии обильных выделений)	
2.	Врач-фтизиатр сведения о результатах обследования на туберкулез (с приобщением данных флюорографического исследования (рентген) (флюороархив))	
3.	Врач-психиатр	
4.	Врач-дерматовенеролог	
5.	Результаты лабораторных исследований на инфекции (заболевания), передающиеся половым путем	
6.	Результаты лабораторных исследований на яйца гельминтов *	
7.	Результаты лабораторных исследований на группу возбудителей кишечных инфекций *	
8.	Результаты лабораторных исследований на дифтерию	

***Результаты лабораторных исследований действительны в течение 14 дней с момента забора материала для исследования.**

Заключение врачебной комиссии

от _____ № _____

О наличии (отсутствии) у гражданина психического расстройства и рекомендуемом типе организации социального обслуживания населения (указать тип стационарного учреждения: дом-интернат для престарелых и инвалидов; специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов; психоневрологический интернат, детский психоневрологический дом-интернат)

Заключительный развернутый диагноз

В паллиативной медицинской помощи нуждается / не нуждается (нужное подчеркнуть).

Основания для постановки перед судом вопроса о признании недееспособным

ФИО гражданина

отсутствуют (имеются) (указывается при направлении в психоневрологический интернат).

Для лица, признанного в установленном порядке недееспособным -

ФИО недееспособного гражданина

по своему состоянию не способен подать личное заявление

(указывается в отношении недееспособных граждан в случае отсутствия возможности по состоянию здоровья выразить свою волю)

подпись председателя ВК
подпись членов ВК
подпись членов ВК

расшифровка подписи
расшифровка подписи
расшифровка подписи

Печать врачебной комиссии

Срок действия заключения 12 месяцев