

Приложение № 1 к Порядку предоставления
социальных услуг в полустационарной форме
социального обслуживания

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ИЛИ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ПОЛУСТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Выдано _____
Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей
социальные услуги в полустационарной форме/в стационарной форме

Пол (мужской / женский) _____

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства (места пребывания) _____

Заключение:

Выявлено (нужно подчеркнуть):

- а) наличие (отсутствие) 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) 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) 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.

Председатель врачебной комиссии:

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)