

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	
2.	Врач-онколог (в случае имеющегося злокачественного новообразования указать о наличии/отсутствии обильных выделений)	
3.	Врач-фтизиатр сведения о результатах обследования на туберкулез (с приобщением данных флюорографического исследования (рентген) (флюороархив))	
4.	Врач-офтальмолог	
5.	Врач-хирург	
6.	Врач-психиатр	
7.	Врач – нарколог	
8.	Врач-дерматовенеролог	
9.	Результаты лабораторных исследований на инфекции (заболевания), передающиеся половым путем	
10.	Результаты лабораторных исследований на яйца гельминтов *	
11.	Результаты лабораторных исследований на группу возбудителей кишечных инфекций *	
12.	Результаты лабораторных исследований на дифтерию, брюшной тиф *	

*Результаты лабораторных исследований (пункты 10,11,12) 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

Медицинские противопоказания к принятию на обслуживание в стационарную организацию социального обслуживания **отсутствуют / имеются****.

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 _____
расшифровка подписи

подпись члена ВК _____
расшифровка подписи

подпись члена ВК _____
расшифровка подписи

Печать врачебной комиссии

Срок действия заключения не более 6 месяцев

**** перечень медицинских противопоказаний установлен приказом Минздрава России от 29.04.2015 № 216н.**

**Заключение
уполномоченной медицинской организации
о наличии 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**

от "___" _____ 20__ г.

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания,
предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда
представляется заключение _____

3. Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено наличие заболеваний, 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: _____
(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

М.П.

* **Часть 3 статьи 18** Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об
основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание
законодательства Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257).