

Заключение

об отсутствии (наличии) у гражданина
медицинских противопоказаний в предоставлении социальных услуг на дому.

от «___» _____ 20__ г.

Выдано _____
(наименование и адрес медицинской организации)

Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. гражданина)

Пол _____ мужской, женский
(не нужно зачеркнуть)

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Заключение :

Медицинских противопоказаний в предоставлении социальных услуг на дому
не выявлено, выявлено
(не нужно зачеркнуть)

Председатель врачебной комиссии: _____
(Ф.О.Н.) (подпись) (дата)

М.П.

Отметка фтизиатра : _____

Отметка психиатра: _____

Отметка терапевта: _____

