

Угловой штамп учреждения,
выдавшего заключение

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья лица, оформляющегося
на социальное обслуживание для предоставления услуг сиделки

Ф.И.О.

Дата, месяц и год рождения _____

Домашний адрес _____

Группа инвалидности _____

Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Заключение:
(нужное подчеркнуть)

- медицинских противопоказаний к принятию на
социальное обслуживание учреждением нет

- нуждается в социальном обслуживании на дому
сиделкой

- не может обслуживаться учреждением

_____ (указать причину)

Фамилия врача _____

Подпись врача _____ «_____» _____ 20 ____ г.

Печать учреждения