

Угловой штамп учреждения,
выдавшего заключение

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья лица, оформляющегося
на социальное обслуживание на дому

Ф.И.О. _____

Дата, месяц и год рождения _____

Домашний адрес _____

Группа инвалидности _____

Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Заключение: - медицинских противопоказаний к принятию на социальное
(нужное подчеркнуть) обслуживание учреждением нет

- нуждается в социальном обслуживании на дому

- не может обслуживаться учреждением

_____ (указать причину)

Наименование учреждения, выдавшего заключение _____

Фамилия врача _____

Подпись врача _____ " _____ " _____ 20__ г.

М.П.