

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.