

**Заключение**

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

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Выдано \_\_\_\_\_  
(наименование и адрес медицинской организации)

2. Фамилия, имя отчество \_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина)

3. Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_

4. Дата рождения \_\_\_\_\_

5. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

6. Заключение (ненужное зачеркнуть): Медицинских противопоказаний \*\*\* в предоставлении социальных услуг на дому (в полустационарной форме) не выявлено / выявлено

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ (ФИО) (подпись) (дата)

М.П.

\*\*\*Медицинскими противопоказаниями к зачислению граждан на социальное обслуживание на дому (в полустационарной форме) являются: психические расстройства, хронический алкоголизм, венерические, карантинные инфекционные заболевания, активные формы туберкулеза.