Форма утверждена

приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 2 мая 2023 г. N 202н

Заключение

уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии)

противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю

социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в

предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому,

или в полустационарной форме, или в стационарной форме

1. Выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания,

предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на

дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое

подчеркнуть), куда представляется заключение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Адрес места жительства (места пребывания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Заключение:

Выявлено (нужно подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие)[(1)](#sub_21) медицинских противопоказаний, в связи с

наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть

отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме

социального обслуживания на дому;

б) наличие (отсутствие)[(1)](#sub_21) медицинских противопоказаний, в связи с

наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть

отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в

полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие)[(1)](#sub_21) медицинских противопоказаний, в связи с

наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть

отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в

стационарной форме.

Председатель врачебной комиссии:

───────────────────────── ────────────────────── ──────────────────────

(фамилия, имя, отчество (подпись) (дата)

(при наличии)

М.П.

(при наличии)

──────────────────────────────