

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 _____
(Ф.И.О. 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 (ненужное зачеркнуть)

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
(Постановление Правительства Вологодской области от 05.12.2014 № 1090)