

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья гражданина, оформляющегося на социальное
обслуживание на дому

Ф.И.О. _____

Дата, месяц и год рождения _____

Домашний адрес _____

Группа инвалидности _____

Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Заключение: _____

(определить нуждаемость в социальном обслуживании, указать наличие или
отсутствие медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию на
дому).

Отметки о результатах флюорографического обследования.

Наименование учреждения, выдавшего заключение _____

Фамилия врача _____

Подпись врача _____ Дата _____

Печать медицинской организации