

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата, месяц и год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

**Заключение:** (в соответствии со ст.18 п. 3 федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» «Гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме в связи с наличием медицинских противопоказаний, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Такой отказ возможен только при наличии соответствующего заключения уполномоченной медицинской организации.»)

- **нуждается в** \_\_\_\_\_  
(наименование технического средства реабилитации (указывается срок, не превышающий 6 месяцев))

и/или социальном обслуживании)

- **медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию нет;**
- **имеются медицинские противопоказания к социальному обслуживанию.**  
(ненужное зачеркнуть)

Наименование учреждения, выдавшего заключение \_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_

Подпись врача и личная печать врача

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Печать учреждения

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата, месяц и год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

**Заключение:** (в соответствии со ст.18 п. 3 федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» «Гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме в связи с наличием медицинских противопоказаний, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Такой отказ возможен только при наличии соответствующего заключения уполномоченной медицинской организации.»)

- **нуждается в** \_\_\_\_\_  
(наименование технического средства реабилитации (указывается срок, не превышающий 6 месяцев))

и/или социальном обслуживании)

- **медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию нет;**
- **имеются медицинские противопоказания к социальному обслуживанию.**  
(ненужное зачеркнуть)

Наименование учреждения, выдавшего заключение \_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_

Подпись врача и личная печать врача

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Печать учреждения