

Приложение №1

Медицинская документация
Учетная форма N 164/у
Утверждена
приказом Министерства здравоохранения РФ
от 18 июня 2014 г. N 290н

**Заключение о результатах медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся
усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную
семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей
от "___" _____ 20___ г.**

1. Выдано _____
(наименование и адрес медицинской организации)
2. Наименование, органа, куда представляется заключение _____
3. Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. лица, намеревающегося усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)
4. Пол (мужской/женский) _____
5. Дата рождения _____
6. Адрес места жительства _____
7. Заключение (ненужное зачеркнуть):

Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью*.

Председатель врачебной комиссии: _____
(Ф.И.О.)

(подпись) _____ (дата)

М.П.