

**Медицинское заключение о нуждаемости в предоставлении
социальных услуг в форме социального обслуживания на дому
и об отсутствии противопоказаний**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья: способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию (в соответствии с приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы») _____

Группа инвалидности _____

Консультации врачей-специалистов (по назначению участкового врача, врача общей практики) _____

Заключение участкового врача (терапевта, врача общей практики) о нуждаемости в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и об отсутствии противопоказаний _____

Председатель врачебной комиссии

(Ф.И.О.) (подпись)

Дата выдачи «_____» _____ 20__ г.

М.П.»
