Штамп медицинской организации

Фамилия_____ Имя _____
Отчество_____
Дата рождения_____
Место жительства _____
_____

Заключение врачей-специалистов

№ п/п	*Врач-специалист, наименования лабораторных исследований*	*Данные о состоянии здоровья, дата, подпись врача, печать*
1.	Врач-терапевт	
2.	Врач-фтизиатр сведения о результатах обследования на туберкулез (с приобщением данных флюорографического исследования (рентген) (флюроархив))	
3.	Врач-психиатр	
4.	Врач-дерматовенеролог	
5.	Результаты лабораторных исследований на инфекции (заболевания), передающиеся половым путем	
6.	Результаты лабораторных исследований на яйца гельминтов *	
7.	Результаты лабораторных исследований на группу возбудителей кишечных инфекций *	
8.	Результаты лабораторных исследований на дифтерию, брюшной тиф	

***Результаты лабораторных исследований (пункты 6-8) действительны в течение 14 дней с момента забора материала для исследования.**

Заключение врачебной комиссии
от_____№_____

О наличии (отсутствии) у гражданина психического расстройства и рекомендуемом типе организации социального обслуживания населения *(указать тип стационарного учреждения: дом-интернат для престарелых и инвалидов; специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов; психоневрологический интернат, детский психоневрологический дом-интернат)*

_____
_____

Заключительный развернутый диагноз

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Медицинские противопоказания к принятию на социальное обслуживание в стационарную организацию социального обслуживания **отсутствуют / имеются**** *(нужное подчеркнуть).*

В паллиативной медицинской помощи нуждается / не нуждается *(нужное подчеркнуть).*

Основания для постановки перед судом вопроса о признании недееспособным

_____
ФИО гражданина

отсутствуют (имеются) *(указывается при направлении в психоневрологический интернат).*

Для лица, признанного в установленном порядке недееспособным -

_____
ФИО недееспособного гражданина

по своему состоянию не способен подать личное заявление

*(указывается в отношении **недееспособных** граждан в случае отсутствия возможности по состоянию здоровья выразить свою волю)*

_____	_____
подпись председателя ВК	расшифровка подписи
_____	_____
подпись членов ВК	расшифровка подписи
_____	_____
подпись членов ВК	расшифровка подписи

Печать врачебной комиссии

Срок действия заключения 6 месяцев

**** перечень медицинских противопоказаний установлен приказом Минздрава России от 29.04.2015 № 216н.**