

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-онколог (в случае имеющегося злокачественного новообразования указать о наличии/отсутствии обильных выделений)	
3.	Врач-фтизиатр сведения о результатах обследования на туберкулез (с приобщением данных флюорографического исследования (рентген) (флюороархив))	
4.	Врач-офтальмолог	
5.	Врач-хирург	
6.	Врач-психиатр	
7.	Врач – нарколог	
8.	Врач-дерматовенеролог	
9.	Результаты лабораторных исследований на инфекции (заболевания), передающиеся половым путем	
10.	Результаты лабораторных исследований на яйца гельминтов *	
11.	Результаты лабораторных исследований на группу возбудителей кишечных инфекций *	
12.	Результаты лабораторных исследований на дифтерию, брюшной тиф *	

\*Результаты лабораторных исследований (пункты 10,11,12) 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 обслуживание в стационарную организацию социального обслуживания **отсутствуют / имеются\*\***.

#### 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

подпись членов ВК

подписи

Печать врачебной комиссии

расшифровка подписи

расшифровка

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