Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 29 апреля 2015 г. № 216н

**Заключение   
 уполномоченной медицинской организации  
о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых  
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано,  
в том числе временно, в предоставлении социальных услуг  
в стационарной форме**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **от “** |  | **”** |  | **20** |  | **г.** |

1. Выдано

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский)

5. Дата рождения

6. Адрес места жительства (места пребывания)

7. Заключение:

Выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |  |  |
|  | (Ф.И.О.) |  | (подпись) |  | (дата) |

М.П.

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 29 апреля 2015 г. № 216н

**Заключение  
уполномоченной медицинской организации  
о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых  
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано,  
в том числе временно, в предоставлении социальных услуг  
в стационарной форме**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **от “** |  | **”** |  | **20** |  | **г.** |

1. Выдано

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский)

5. Дата рождения

6. Адрес места жительства (места пребывания)

7. Заключение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |  |  |
|  | (Ф.И.О.) |  | (подпись) |  | (дата) |

М.П.

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 29 апреля 2015 г. № 216н

**Заключение   
уполномоченной медицинской организации  
о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых  
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано,  
в том числе временно, в предоставлении социальных услуг  
в стационарной форме**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **от “** |  | **”** |  | **20** |  | **г.** |

1. Выдано

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский)

5. Дата рождения

6. Адрес места жительства (места пребывания)

7. Заключение:

Выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |  |  |
|  | (Ф.И.О.) |  | (подпись) |  | (дата) |

М.П.