Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 2 мая 2023 г. N 202н

Форма

|  |
| --- |
| Заключение уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Выдано  |    |
|    |
| (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)  |
| 2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 3. Фамилия, имя, отчество (при наличии)  |    |
|    | (гражданина или получателя социальных услуг)  |
| 4. Пол (мужской/женский)  |    |
| 5. Дата рождения  |    |
| 6. Адрес места жительства (места пребывания)  |    |
|    |
| 7. Заключение:  |
| Выявлено (нужно подчеркнуть): а) наличие (отсутствие) [<1>](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=446998&dst=100091&field=134&date=20.06.2023) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому; б) наличие (отсутствие) [<1>](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=446998&dst=100091&field=134&date=20.06.2023) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме; в) наличие (отсутствие) [<1>](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=446998&dst=100091&field=134&date=20.06.2023) 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.  |

|  |
| --- |
| Председатель врачебной комиссии:  |
|    |    |    |    |    |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)  |    | (подпись)  |    | (дата)  |
|    |    | М.П. (при наличии)  |    |    |