

**Медицинская справка
о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний к принятию на социальное
обслуживание в отделение дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов
(отделение дневного пребывания молодых инвалидов)**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья: способность к самостоятельному передвижению,
самообслуживанию (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 22.08.2005 г.
№ 535) _____

Группа инвалидности _____

Консультации врачей-специалистов (при наличии медицинских показаний) _____

Заключение участкового врача (терапевта, врача общей практики) об отсутствии
противопоказаний к принятию на социальное обслуживание в отделение дневного пребывания
граждан пожилого возраста и инвалидов (отделение дневного пребывания молодых инвалидов)
и рекомендации по лечению (при необходимости)

Председатель врачебной комиссии _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

Дата выдачи « ____ » _____ 20 __ г.

М.П.