

**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.