Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 2 мая 2023 г. N 202н

|  |
| --- |
| Заключениеуполномоченной 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>](#Par238) 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>](#Par238) 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>](#Par238) 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) |  |  |

------------------------------

<1> [Части 3](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=446060&date=25.05.2023&dst=50&field=134) и [4 статьи 18](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=446060&date=25.05.2023&dst=51&field=134) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".