

*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 (необходимо 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> 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> 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> 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)