

**Заключение
о состоянии здоровья получателя услуг**

Ф.И.О. (при наличии) _____

Дата рождения _____

Адрес (при наличии) _____

Группа инвалидности (при наличии) _____

Состояние здоровья по результатам
осмотра: _____

Диагноз: _____

Психических расстройств, хронического алкоголизма, венерических, хронических инфекционных и кожных заболеваний, вирусоносительства, тяжелой формы эпилепсии, активных форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специализированных стационарных организациях здравоохранения, не выявлено.

Рекомендации в рамках межведомственного
взаимодействия: _____

Врач
М.П.

Подпись

Дата