

Приложение N 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 2 мая 2023 г. N 202н

**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 (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> 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)