

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Фамилия, Имя, Отчество _____
Дата, месяц и год рождения _____
Домашний адрес _____
Группа инвалидности _____
Основной диагноз _____
Сопутствующие болезни _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВКК:

1. Медицинских противопоказаний к принятию на обслуживание Центром нет
2. Нуждается в социальном обслуживании на дому.
3. Не может обслуживаться Центром

Наименование учреждения, выдавшего заключение _____

Фамилия врача _____ Подпись врача _____

Печать ВКК

« _____ » _____ 20 ____ год

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Фамилия, Имя, Отчество _____
Дата, месяц и год рождения _____
Домашний адрес _____
Группа инвалидности _____
Основной диагноз _____
Сопутствующие болезни _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВКК:

1. Медицинских противопоказаний к принятию на обслуживание Центром нет
2. Нуждается в социальном обслуживании на дому.
3. Не может обслуживаться Центром

Наименование учреждения, выдавшего заключение _____

Фамилия врача _____ Подпись врача _____

Печать ВКК

« _____ » _____ 20 ____ год