

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением департамента  
здравоохранения Кировской  
области

от 01.06.2015 № 468

**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии  
о наличии оснований постановки перед судом вопроса о признании  
гражданина недееспособным\***

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Выдано (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

Проживающей(му) по адресу \_\_\_\_\_

Обследован(а) врачебной комиссией и установлен диагноз \_\_\_\_\_

Заключение выдано в соответствии с частью 1 статьи 41 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_  
Члены ВК \_\_\_\_\_

М.П.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\*с участием врача-психиатра

УТВЕРЖДЕНО  
распоряжением департамента  
здравоохранения Кировской  
области  
от 01.06.2015 № 468

**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии  
о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности  
к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских  
противопоказаний для социального обслуживания\***

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Выдано (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

Проживающей(му) по адресу \_\_\_\_\_

В том, что ею(им) *не утрачена, утрачена (частично, полностью)* способ-  
ность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обес-  
печивать основные жизненные потребности в силу *заболевания, травмы,  
возраста, наличия инвалидности.*

Диагноз(ы) по МКБ-10 \_\_\_\_\_

По состоянию здоровья медицинских противопоказаний к социальному об-  
служиванию **имеет, не имеет**

(из текста выделенное курсивом нужно подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_

М.П.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\*с участием врача-психиатра

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением департамента  
здравоохранения Кировской  
области

от 01.06.2015 № 468

**Выписка из протокола заседания врачебной комиссии  
о нуждаемости по состоянию здоровья для получения социальных услуг  
в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа,  
психоневрологического типа\***

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Выдано (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

Проживающей(му) по адресу \_\_\_\_\_

По состоянию здоровья, для получения социальных услуг рекомендуется  
стационарное учреждение социального обслуживания *общего типа, психо-  
неврологического типа*  
(из текста выделенного курсивом нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\*с участием врача-психиатра