

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