

Место
Штампа

Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра

ГБУЗ _____

от _____

№ _____

Ф.И.О. _____

Дата рождения: _____

Место регистрации: _____

Место проживания: _____

Комиссионное освидетельствование

выявило: _____

Решение

комиссии: _____

Рекомендации: _____

(рекомендуемый тип организации социального обслуживания: интернат общего типа, психоневрологического типа)

Председатель врачебной комиссии

(Ф.И.О.)

Члены врачебной комиссии:

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

Врач-психиатр

(Ф.И.О.)