

**Медицинское заключение  
о состоянии здоровья лица,  
изъявившего желание организовать приемную семью для граждан  
пожилого возраста и инвалидов**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Психиатр	
Нарколог	
Дерматовенеролог	
Терапевт (с указанием данных ФОГ)	

**Заключение:**

- По состоянию здоровья медицинских противопоказаний к организации приёмной семьи нет (см. на обороте).
- По медицинским противопоказаниям не может организовать приёмную семью.

Медицинское учреждение, выдавшее заключение \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Подпись, печать

«\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.

**Медицинскими противопоказаниями для организации гражданином приемной семьи являются:**

- хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания,
- карантинные инфекционные заболевания,
- активные формы туберкулеза,
- тяжелые психические расстройства,
- венерические заболевания,
- бактерио- и вирусоносительство;
- другие заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.