Медицинская документация

 Учетная форма N 164/у

 УТВЕРЖДЕНА

 приказом Министерства здравоохранения

 Российской Федерации

 от "18" июня 2014 г. N 290н

Заключение

о результатах медицинского освидетельствования

граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку

(попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот

и детей, оставшихся без попечения родителей

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 1. Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование и адрес медицинской организации)

 2. Наименование органа, куда представляется заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. лица, намеревающегося усыновить

 (удочерить), взять под опеку

 (попечительство), в приемную или патронатную

 семью детей-сирот и детей, оставшихся

 без попечения родителей)

 4. Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7. Заключение (ненужное зачеркнуть):

 Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, при наличии которых лицо не

может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку

(попечительство), взять в приемную или патронатную семью <\*>.

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

 (Ф.И.О.)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (дата)

 М.П.