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 [<\*>](file:///E%3A%5C%D0%A1%D0%B5%D1%82%D1%8C%5C%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%BE%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B8.rtf#Par128).

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

 (Ф.И.О.)

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

 (подпись) (дата)