

Выписка из медицинской карты

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Группа инвалидности _____

Состояние здоровья по результатам осмотра:

Необходимо обеспечение присмотра, в связи с полной утратой способности к самообслуживанию.

Подпись врача

Расшифровка подписи (или печать врача)

Дата:

Печать медицинской организации