

Додаток

до Порядку медичного огляду осіб, які виявили бажання усиновити, узяти під опіку / піклування, в прийомну чи патронатну сім'ю дітей сиріт та дітей що залишилися без батьківського піклування та осіб, що спільно проживатимуть разом з влаштованою дитиною

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | | |

**Медичний висновок**

**особи у сімейні форми влаштування**

від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

1. Видана

(найменування і адреса закладу, що видав довідку)

2. Найменування закладу куди подається довідка: (служба у справах дітей )

3. Категорія до якої відноситься особа: (потрібне підкреслити)

- 1) кандидатів в усиновлювачі;
- 2) кандидатів в опікуни /піклувальники;
- 3) кандидатів в батьки-вихователі та батьки вихователі дитячих будинків сімейного типу;
- 4) кандидатів в прийомні батьки;
- 5) кандидатів у наставники;
- 6) кандидатів в патронатні вихователі;
- 7) кандидатів у помічники патронатного вихователя;
- 8) опікуни/піклувальники, прийомні батьки, батьки вихователі, патронатні вихователі, помічники патронатних вихователів, наставники;
- 9) повнолітніх осіб, що проживають на спільній житловій площі з особами зазначеними в підпунктах 2-6 цього пункту;
- 10) діти, які проживають на спільній житловій площі з особами зазначеними в підпунктах 1-6 цього пункту.

4. Прізвище, ім'я, по батькові(за наявності) особи:

\_\_\_\_\_

5. Стать чоловіча - 1; жіноча - 2

6. Дата народження |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(число, місяць, рік)

7. Місце проживання/перебування особи:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Огляд і обстеження лікаря-психіатра

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Дані інших досліджень (за наявності та необхідності)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Лікарський висновок:

Виявлено відсутність (наявність) медичних станів (захворювань), за наявності яких такі особи не можуть бути

\_\_\_\_\_ (зазначити категорію)

\_\_\_\_\_  
(підпис, власне ім'я та прізвище особи,  
яка заповнила медичний висновок)

\_\_\_\_\_  
(підпис, власне ім'я та прізвище  
керівника закладу охорони здоров'я)

\_\_\_\_\_  
(дата заповнення медичного висновку)

М. П.  
(за наявністю)

\_\_\_\_\_