

Штамп медицинской
организации

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дано гр. _____

Домашний адрес: _____

В том, что он (она) был (а) на приеме у врача с DS: _____

Нуждается в техническом (их) средстве (ах) реабилитации, вспомогательном (ых)
устройстве (ах) и средстве (ах) для ухода _____

Сроком на _____ месяцев (дней)

Врач _____ Дата _____

Подпись _____
М.П.

Срок действия заключения не более 6 месяцев