**Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения**

**«Туринская межрайонная больница»**

*648000 Красноярский край, Эвенкийский район, ул. Увачана д. 13а, п. Тура,*

*телефон/факс: (39170) 31-695*

**ПРИКАЗ по КГБУЗ «Туринская МБ» № 390 от 27.11.2017г.**

**«О создании врачебной психиатрической комиссии по проведению обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности»**

В соответствии со ст. 76 Трудового кодекса Российской Федерации, постановлением Правительства Российской Федерации от 23.09.2002 N 695 "О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности", п.п. 9, 38 приложения N 3 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда", Приказа Министерства здравоохранения Красноярского края № 730-орг от 05.10.2017г, а также в целях совершенствования системы медицинских осмотров и освидетельствований работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) положение о врачебной психиатрической комиссии медицинской организации по обязательному психиатрическому освидетельствованию работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности (приложение N 1);

2) рекомендуемую форму бланка направления на обязательное психиатрическое освидетельствование (приложение N 2);

3) рекомендуемую форму решения врачебной психиатрической комиссии (приложение N 3);

4) рекомендуемую форму информированного добровольного согласия на обязательное психиатрическое освидетельствование (приложение N 4);

5) рекомендуемую форму отказа от обязательного психиатрического освидетельствования (приложение N 5);

6) рекомендуемую форму запроса дополнительных сведений у территориальных медицинских организаций (приложение N 6);

7) рекомендуемую форму Журнала учёта работы врачебной психиатрической комиссии (приложение N 7).

8) Лист ознакомления с приказом (приложение N 8).

9) Состав психиатрической комиссии:

- председатель: заместитель главного врача по медицинской части Биссинг М.А. (дублер Ходыкина Т.Н.);

- члены комиссии: врач психиатр Шнип Н.М. (в период отсутствия – Вершинина Н.Г. или другой врач психиатр, принятый по договору), заведующая поликлиникой, врач невролог Каплина М.И., врачи терапевты участковые.

- секретарь: врач методист Сиротенко Н.С.

2. Администрации КГБУЗ «Туринская МБ» довести до сведения обслуживаемых организаций порядок проведения обязательного психиатрического освидетельствования работников и рекомендуемую форму бланка направления на обязательное психиатрическое освидетельствование.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Биссинг М.А.

Главный врач КГБУЗ «Туринская МБ» Ж.С. Пичуева

**Приложение № 1**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

**УТВЕРДЖДАЮ**

Главный врач КГБУЗ «Туринская МБ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ж.С. Пичуева

**Положение**

**о врачебной психиатрической комиссии медицинской организации по обязательному психиатрическому освидетельствованию работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности**

1. Общие положения

1.1. Врачебная психиатрическая комиссия по обязательному психиатрическому освидетельствованию (далее - освидетельствование) работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности (далее - комиссия), является коллегиальным органом, образованным в целях определения противопоказаний для осуществления работниками отдельных видов деятельности и работ, связанных с источниками повышенной опасности.

1.2. Комиссия состоит из председателя, секретаря и членов комиссии с обязательным присутствием врача психиатра, психиатра-нарколога, терапевта или профпатолога.

1.3. Персональный состав комиссии утверждается главным врачом .

1.4. В своей деятельности комиссия руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России и ФМБА России, приказами и распоряжениями руководителя медицинской организации, настоящим Положением.

2. Полномочия комиссии

2.1. Комиссия осуществляет полномочия по обязательному психиатрическому освидетельствованию работников организаций, подлежащих обслуживанию в медицинской организации.

3. Права врачебной комиссии

Комиссия имеет право:

3.1. Требовать от работника предоставления паспорта; направления работодателя или медицинской организации; медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного; справки из медицинских организаций психоневрологического и наркологического профилей по месту постоянной регистрации для работников, имеющих временную регистрацию и проживающих вне места постоянной регистрации); медицинского заключения по результатам предыдущего освидетельствования (при наличии); военного билета или приписного свидетельства (у военнообязанных).

3.2. Предлагать работнику, при невозможности принятия решения по результатам освидетельствования в амбулаторных условиях, прохождение обследования с последующим освидетельствованием в условиях стационара.

3.3. Запрашивать у медицинских организаций в установленном порядке дополнительные сведения о состоянии здоровья работника, с соответствующим извещением работника.

4. Права работника

Работник имеет право:

4.1. Получать разъяснения по вопросам освидетельствования.

4.2. В случае несогласия с решением комиссии обжаловать его в установленном порядке.

5. Организация деятельности комиссии

5.1. Освидетельствование работников проводится в соответствии с Правилами прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 23.09.2002 N 695, иными действующими нормативно-правовыми документами, регламентирующими порядок обязательного психиатрического освидетельствования работников.

5.2. Освидетельствование осуществляется на добровольной основе, в соответствии со статьями 4 и 6 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

5.3. При определении медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности комиссия руководствуется соответствующим Перечнем, утвержденным постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", иными действующими нормативными правовыми документами.

- перед предварительным медицинским осмотром;

- в дальнейшем, не реже 1 раза в 5 лет;

- в случае выявления признаков психических и поведенческих расстройств при оказании медицинской помощи работнику или в процессе периодического медицинского осмотра.

5.5. Работник представляет в комиссию документы, указанные в п. 3.1 настоящего Положения.

5.6. Заседания комиссии организуются по мере необходимости.

5.7. Заседание комиссии проводит председатель (в его отсутствие - член комиссии, временно исполняющий его обязанности на основании приказа).

5.8. Отказ работника от прохождения освидетельствования регистрируется в журнале учёта работы врачебной психиатрической комиссии.

5.9. Врач-специалист, проводящий освидетельствование работника в амбулаторных условиях, оформляет результаты осмотра в медицинской карте амбулаторного больного установленного образца, вносит в неё данные анамнеза, объективного осмотра, иные необходимые сведения, осуществляет назначение дополнительных и инструментальных методов исследования, по результатам которых устанавливает клинический диагноз.

5.10. При освидетельствовании работника в условиях стационара комиссия принимает решение на основании заключения врачебной комиссии, содержащего клинический диагноз.

5.11. В процессе освидетельствования в обязательном порядке проводятся:

- осмотр врача - психиатра;

- электроэнцефалография при первичном устройстве на работу, повторно - по показаниям.

Прочие осмотры и исследования, в том числе осмотр врача - психиатра-нарколога, экспериментально-психологическое исследование, экспресс - тест мочи на наличие психоактивных веществ проводятся по показаниям.

5.12. Комиссия выносит решение о годности (негодности) работника к осуществлению отдельных видов деятельности, а также работ в условиях повышенной опасности, указанных в направлении на освидетельствование, путем открытого голосования простым большинством голосов. Особое мнение члена комиссии (врача-специалиста) оформляется письменно в медицинской карте работника.

5.13. Решение и другие документы комиссии подписывают председатель врачебной комиссии (в его отсутствие - член комиссии, исполняющий его обязанности), секретарь и члены комиссии.

5.14. Решение комиссии выдается работнику под роспись в течение 3-х дней после его принятия.

5.15. Решение комиссии фиксируется в медицинской карте работника.

5.16. Оформление всей документации комиссии осуществляет секретарь.

**Приложение № 2**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

**УТВЕРДЖДАЮ**

Главный врач КГБУЗ «Туринская МБ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ж.С. Пичуева

Реквизиты организации,

направляющей на обязательное

психиатрическое освидетельствование

**Направление**

**на обязательное психиатрическое освидетельствование**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:

в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(перечень выполняемых работ и вредных и (или) опасных производственных факторов)

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

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

Решение врачебной психиатрической комиссии прошу выдать на руки обследуемому.

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

(должностное лицо) (подпись) (фамилия, инициалы)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Приложение № 3**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп организации | В соответствии с Постановлением ПР РФ  № 377 от 28.04.1993 г « О реализации ФЗ  «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» |

**Заключение /протокол ВК №**

(добровольного психиатрического освидетельствования)

Выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, месяц, год)

Адрес регистрации по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (населенный пункт, улица, дом, квартира)

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

Профессия (должность) в настоящее время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вредные производственные факторы и ( или) виды работ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)

(нужное подчеркнуть)

Освидетельствован (а) «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г

Согласно результатам проведенного комиссионного психиатрического освидетельствования

медицинские противопоказания для допуска к работам:

Не выявлены - годен в своей профессии (должности)

Выявлены - не годен в своей профессии (должности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вредные производственные факторы и (или) виды работ)

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

**Председатель ВК**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Личная печать врача Ф.И.О. Подпись

**Врач - психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Личная печать врача Ф.И.О. Подпись

**Врач- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Личная печать врача Ф.И.О. Подпись

М.П.

**Приложение № 4**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

**УТВЕРДЖДАЮ**

Главный врач КГБУЗ «Туринская МБ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ж.С. Пичуева

**Информированное добровольное согласие на обязательное психиатрическое освидетельствование**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

даю своё согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моём присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

**Приложение № 5**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

**УТВЕРДЖДАЮ**

Главный врач КГБУЗ «Туринская МБ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ж.С. Пичуева

**Отказ**

**от обязательного психиатрического освидетельствования**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

отказываюсь от проведения мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены возможные последствия отказа от обязательного психиатрического освидетельствования, включая возможность и обязанность работодателя не допускать меня к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моём присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

**Приложение № 6**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

**УТВЕРДЖДАЮ**

Главный врач КГБУЗ «Туринская МБ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ж.С. Пичуева

**Запрос**

В соответствии с п. 8 части 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а п. 7 "Правил прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности", утверждённых постановлением Правительства Российской Федерации от 23.09.2002 N 695, прошу предоставить сведения о пребывании под наблюдением врача-психиатра (психиатра-нарколога)

(нужное подчеркнуть) гр-на (-ки) , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированного (-ую) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

м.п.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ф.и.о.)

паспорт\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ выдан "\_\_"\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласен на предоставление сведений о состоянии моего психического

здоровья от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в адрес КГБУЗ Туринская МБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

подпись

**Приложение № 8**

**к Приказу № 390 от 27.11.2017г**

Лист ознакомления

С приказом о психиатрическом освидетельствовании:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Должность | Ф. И. О. | Подпись | Дата |
|  | Заместитель главного врача по медицинской части | Биссинг М.А. |  |  |
|  | Районный педиатр | Ходыкина Т.Н. |  |  |
|  | Врач психиатр, психиатр-нарколог | Шнип Н.М. |  |  |
|  | Зав. поликлиникой | Каплина М.И. |  |  |
|  | Врач терапевт участковый | Глаас А.А. |  |  |
|  | Врач терапевт участковый | Сафариева Н.К. |  |  |
|  | Врач психиатр, врач УЗД | Вершинина Н.Г. |  |  |
|  | Врач-методист, секретарь | Сиротенко Н.С. |  |  |