

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ №1
236008, г.Калининград, ул. А.Невского, 78-А, тел/факс. (4012) 67-33-48, e-mail: pb1@infomed39.ru
ОГРН 1023901014961, ИНН/КПП 3906042968/390601001

Куда: _____

Электронный
адрес: _____

Согласно ст. 9 Закона РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» прошу сообщить состоит ли на учете у врача-психиатра или обращался за помощью к врачу-психиатру, если состоял (ла), то указать диагноз

Ф.И.О _____

Дата рождения _____

Ранее был зарегистрирован (на) по
адресу: _____

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения на водительскую комиссию, для получения лицензии на право владения оружием, устройство на работу (нужное подчеркнуть)

Убедительная просьба, ответ направить на e-mail: pb1@infomed39.ru.

Приложенис: заявление гражданина

Заведующая диспансерным отделением _____ А.В.Терехина

Согласие



Я, _____
паспорт
серия _____ № _____
выдан _____

дата выдачи _____ код подразделения _____

зарегистрирован по адресу: _____

Согласен (на) предоставление информации о том, что я не нахожусь под наблюдением психиатра.

Даю согласие на передачу персональных данных по НЕЗАЩИЩЕННЫМ ОТКРЫТЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ, передачу информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи.

Телефон: _____

Дата _____

Подпись _____