

ПАМЯТКА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ) СОГЛАСНО ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Медицинское психиатрическое освидетельствование/осмотр/ патопсихологическое -экспериментальное- психологическое (психодиагностическое) исследование проводятся:

Вторник	}	с 8.30 до 15.00	}	Расписание может меняться, уточнять в регистратуре (436-01-08)
Среда				
Пятница				
Понедельник	}	с 8.30 до 17.30		
Четверг				

в диспансерном отделении № 1 (ПОЛИКЛИНИКА)

ВНИМАНИЕ!

При прохождении мед.осмотра (освидетельствования), направляемые должны иметь следующие документы (ОРИГИНАЛЫ):

- для физических лиц (регистрация по месту проживания строго в Советском, Нижегородском, Приокском районах г.Н.Новгорода):

- бланк Направления (образец ниже) от работодателя (с «живой печатью» и подписью должностного лица);
- паспорт;
- военный билет (при обязательном его наличии по возрастной категории);
- справку от психиатра с места регистрации о том, что не было обращений за лечебной и консультативной помощью (для граждан с временной регистрацией)

- для лиц, направляемых согласно договору с юридическим лицом:

- бланк Направления (образец ниже) от работодателя (с «живой печатью» и подписью должностного лица);
- паспорт;
- военный билет (при обязательном его наличии по возрастной категории);
- справку от психиатра с места регистрации о том, что не было обращений за лечебной и консультативной помощью (для иностранных граждан, граждан с временной регистрацией и иногородних, в т.ч. зарегистрированных в Нижегородской области). (При отсутствии возможности предоставить справку (для удаленных регионов), можно письменно оформить бланк-запрос в регистратуре поликлиники, разрешающий получить данные сведения больнице от имени направляемого на мед.осмотр/освидетельствование)

- для допуска на оружие (согласно Приказа Минздрава России от 26.11.2021 N 1104н):

- бланк Направления из поликлиники (с «живой печатью» и подписью должностного (ответственного) лица);
- паспорт;
- военный билет (при обязательном его наличии по возрастной категории);
- справку из Военного комиссариата по месту воинского учета с расшифровкой диагноза (за исключением категории годности А и Б);
- справку от психиатра с места регистрации о том, что не было обращений за лечебной и консультативной помощью (для иностранных граждан, граждан с временной регистрацией и иногородних, в т.ч. зарегистрированных в Нижегородской области). (При отсутствии возможности предоставить справку (для удаленных регионов), можно письменно оформить бланк-запрос в регистратуре поликлиники, разрешающий получить данные сведения больнице от имени направляемого на мед.осмотр/освидетельствование)

(более полную информацию по всем вопросам и алгоритму оказания данной услуги Потребитель может получить при оформлении Договора в поликлинике, в том числе в виде Памятки)

образец

Наименование работодателя _____

Адрес электронной почты _____

Контактный номер телефона _____

ОКВЭД _____

Дата формирования направления _____

НАПРАВЛЕНИЕ

на осмотр /освидетельствование врача-психиатра

(нужное подчеркнуть)

**в ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница № 1
г.Н.Новгорода»**

(согласно _____)

(указать нормативно-правовой акт, регламентирующий направление на осмотр/освидетельствование)

Расположенной по адресу: 603155, г.Н.Новгород, ул. Ульянова, дом 41

ОГРН 1025203028278

Тел/факс: 8(831) 4192474 (приемная главного врача, секретарь), 4360108 (регистратура)

Электронная почта ngkpb@mail.52gov.ru

ФИО _____

Дата рождения _____

Пол работника (муж/жен.) _____

Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности _____

Наименование должности (профессии) работника, направляемого на медицинский осмотр _____

Вид (виды) деятельности, факторы трудового процесса, выполняемые работы, в соответствии с Приложением к Приказу № 29 н от 28.01.2021 г. /с приложением №2 Приказа МЗ РФ от 20.05.22 №342-н / иное указать _____

Медицинский осмотр (освидетельствование) психиатра проходил в 20 _____ году – годен /не годен (при наличии)

Дата выдачи направления работнику _____

Подпись представителя работодателя/мед.центра (должность, ФИО) _____

М.П.