ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. Н.А. АЛЕКСЕЕВА Департамента здравоохранения города Москвы»
«Психоневрологический диспансер № 15»

www.pkb1.ru; pkb1-pnd15@zdrav.mos.ru
101000, Москва, Армянский пер., д. 3-5, стр. 4
тел./факс: (495) 623-55-05

_____№_____
На №_____от_____

Наименование медицинского учреждения
(заполняется заявителем):

_____
_____
_____
_____

Адрес электронной почты медицинского учреждения
(заполняется заявителем):

_____

Просим сообщить, находился (находится) под наблюдением врача-психиатра или обращался за помощью к врачу-психиатру:

Ф.И.О.	
Дата рождения	
Зарегистрирован(а) по адресу:	
Паспорт:	серия_____, № _____, выдан(кем)_____ _____, дата выдачи_____, код подразделения_____
Телефон	

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения (нужное подчеркнуть):

- для получения водительского удостоверения,
- для получения лицензии на право владения оружием,
- для устройства на работу,
- по личному требованию.

Убедительная просьба ответ направить по электронной почте: pkb1-pnd15@zdrav.mos.ru или почтой по адресу: 101000, Москва, Армянский пер., д. 3-5, стр. 4.

Заведующий филиалом _____ **А.А. Сединкин**

К сведению заявителя:

Для получения справки от врача-психиатра по месту регистрации о том, состоите ли Вы на психиатрическом учете, Вам необходимо:

– выяснить, где по месту регистрации ведется психиатрический учет граждан (в городах обычно имеются психоневрологические диспансеры, в селах и хуторах – региональный психоневрологический диспансер в ближайшем крупном городе либо поликлиническое отделение в селе, либо районная больница, находящаяся в одном из сел или близлежащих городов)

– самостоятельно найти адрес электронной почты того учреждения, в котором ведется психиатрический учет (например, в Интернет).

Подписывая данное заявление, выражаю свое добровольное согласие на предоставление информации о том, нахожусь ли я под наблюдением у врача-психиатра по месту постоянной регистрации, передачу данных по незащищенным каналам связи и на обработку моих персональных данных в филиале ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

«____»_____202__г. **Подпись**_____