



Комитет здравоохранения Курской области
Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Курская клиническая психиатрическая больница имени святого
великомученика и целителя Пантелеимона»
(ОБУЗ ККПБ)

П Р И К А З

№ 122

от 17.04.2018г.

**Об утверждении форм информированного
добровольного согласия на психиатрическое освидетельствование
и отказа от психиатрического освидетельствования**

В соответствии со статьей 23 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Уставом ОБУЗ «ККПБ»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму информированного добровольного согласия на психиатрическое освидетельствование (приложение № 1).
2. Утвердить форму отказа от информированного добровольного согласия на психиатрическое освидетельствование (приложение № 2).
3. Ответственному за ведение официального сайта ОБУЗ «ККПБ» (Леонидову В.А.) разместить данный приказ на официальном сайте лечебного учреждения в сети «Интернет».
4. Заведующему диспансерным отделением ОБУЗ «ККПБ» (Рощину Ю.В.):
 - обеспечить размещение данного приказа на информационном стенде первого этажа здания диспансерного отделения для беспрепятственного ознакомления с ним гражданами;
 - обеспечить использование форм, утвержденных п. 1,2 настоящего приказа при оказании платных услуг.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

В.А. Рощин

**Информированное добровольное согласие
на психиатрическое освидетельствование**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю своё согласие на проведение мне психиатрического освидетельствования.

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

“ ____ ” _____ 20 ____ года.

Подпись пациента _____

Разъяснения предоставил:

врач _____ (подпись) _____
(Ф.И.О.)

Отказ от психиатрического освидетельствования

Я, _____,
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный

по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

отказываюсь от проведения мне психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены возможные последствия отказа от психиатрического освидетельствования.

« _____ » _____ 20__ года.

Подпись пациента _____

Разъяснения предоставил:

Врач _____ (подпись) _____
(Ф.И.О.)