

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу з надання психіатричної допомоги, або фізичної особи - підприємця, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечує на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням психіатричної допомоги, де заповнюється форма	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 100-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ N _____
Код за ЄДРПОУ _____	
ДОВІДКА про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин N _____	
1. Дата проведення огляду _____ (число, місяць, рік)	2. Час проведення огляду _____ (години, хвилини)
3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, стосовно якої проводиться огляд: _____	
4. Дата народження _____ (число, місяць, рік)	5. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2, інше - 3 ☐
6. Місце проживання: _____	
7. Результати огляду. Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання (вид діяльності, робіт, професій, служби) ☐ наявні - 1, відсутні - 2	
8. Результати обстеження, проведенного комісією лікарів-психіатрів. Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання (вид діяльності, робіт, професій, служби) ☐ наявні - 1, відсутні - 2, обстеження комісією лікарів-психіатрів не проводилось - 3	
9. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд: _____	
10. Підпис лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд: _____	
11. Печатка лікаря (лікарів-психіатрів) і установи (за наявності), що засвідчує підпис(и) лікаря (комісії лікарів-психіатрів)	