

УТВЕРЖДЕНО  
 приказом  
 Министерства здравоохранения  
 Челябинской области от 29.12.2023  
 № 1074 Министерства социальных  
 отношений Челябинской области  
 от 29.12.2023 № 774

Заключение врачебной комиссии  
 с участием врача-психиатра  
 от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Наименование  
 медицинской  
 организации

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Место жительства \_\_\_\_\_  
 Врачебная комиссия в составе:  
 1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_  
 4) \_\_\_\_\_  
 5) \_\_\_\_\_

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

1. Диагноз  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(В графе «диагноз» необходимо указать полный нозологический и функциональный диагноз. Для больных эпилепсией необходимо указать развернутый диагноз с указанием характера эпилептических припадков и их частоты.)

2. По психическому состоянию может находиться в  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Дом интернат для престарелых и инвалидов, психоневрологический интернат, детский дом-интернат для детей с физическими недостатками, детский дом-интернат для умственно отсталых детей - указать прописью.)

3. Для лица, имеющего психическое расстройство (нужное отметить):

3.1. Признан недееспособным.  
 3.2. Основания для постановки перед судом вопроса о признании гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным: отсутствуют / имеются  
 (нужное подчеркнуть)

4. По состоянию здоровья подать личное заявление: способен / не способен  
 (нужное подчеркнуть)

Состав врачебной комиссии:	Подпись	ФИО полностью
Председатель комиссии	_____	_____
Заведующий отделением	_____	_____
Врач-психиатр	_____	_____
Врач - _____	_____	_____
Врач - _____	_____	_____