

**СПРАВКА**

Наименование психиатрического учреждения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. обследуемого \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Психиатрический статус обследуемого (сознание, ориентировка во времени, место собственной личности, контактность, поведение, нелепость в поступках, расстройство восприятия и мышления, память и эмоция, воля, интеллект, кверулянтские тенденции, суицидальные мысли, эпилептические припадки с обязательным указанием их частоты, страдает ли алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией, критичность к своему состоянию)

Диагноз \_\_\_\_\_

Заключение о рекомендуемом типе дома-интерната \_\_\_\_\_

М.П. КЭК (подписи врачей) 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Примечание: выписка из истории болезни, заключение клиничко-экспертной комиссии психоневрологического диспансера действительны, если со дня выдачи прошло не более 6 месяцев.