



Главному врачу

АДМИНИСТРАЦИЯ ВЫБОРГСКОГО  
РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Санкт-Петербургское государственное  
бюджетное учреждение здравоохранения  
«Психоневрологический диспансер № 2»  
(СПб ГБУЗ «ПНД № 2»)

Фермское шоссе, д. 34, Санкт-Петербург, 197341  
Тел./Факс (812) 762-00-20  
E-mail: [pnd2@zdrav.spb.ru](mailto:pnd2@zdrav.spb.ru) http: <http://pnd2spb.ru>  
ИНН/КПП 7802091710/781401001

От \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел./факс \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Просим Вас, согласно ст. ст. 9, 10, 11 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 № 3185-1, сообщить: Состоит (состоял) ли под наблюдением или обращался за медицинской помощью к врачу-психиатру

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(заполняется печатными буквами)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу (прежнее место регистрации): \_\_\_\_\_

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения:

- на допуск к управлению транспортным средством
- для получения лицензии на право владения оружием
- для разрешения на работу с наркотическими средствами
- для прохождения периодического (предварительного) медицинского осмотра с целью трудоустройства
- другое

Ответ прошу направить по факсимильной связи: **+7 (812) 762-00-20** или электронной почте:

**[pnd2.zapros@zdrav.spb.ru](mailto:pnd2.zapros@zdrav.spb.ru)**

Заявление (согласие) гражданина \_\_\_\_\_

Заведующая амбулаторным отделением: \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных, на предоставление медицинской информации  
по незащищённым открытым каналам связи**

Я, \_\_\_\_\_

(заполняется печатными буквами)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

Согласен на предоставление информации о том, нахожусь ли я под наблюдением у врача-психиатра по месту постоянной регистрации.

Даю согласие на обработку персональных данных, в соответствии со статьями 13 и 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ ст. 7, выражаю свое **СОГЛАСИЕ на передачу моих персональных данных, получение в письменном виде сведений о моем состоянии здоровья, диагнозе, медицинском вмешательстве, тактике лечения и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи по НЕЗАЩИЩЁННЫМ ОТКРЫТЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ (электронной почте).**

Согласие может быть отозвано мною в любое время, на основании моего письменного заявления.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(личная подпись , расшифровка подписи)

Тел.: \_\_\_\_\_