

Управление здравоохранения
Липецкой области
Государственное учреждение здравоохранения
«Липецкая областная
психоневрологическая больница»
(ГУЗ «ЛОПНБ»)
с. Плеханово, Грязинский р-он,
Липецкая обл.399083
тел/факс(4742) 78-95-40
E-mail: lopnb@zdrav48.ru
www.lopnb.ru
ОКПО 01933076
ОРГН 1024800522570
ИНН4802002585 КПП480201001
№ _____
На № _____ от _____ г.

Алгоритм

прохождения освидетельствования у врача-психиатра с целью определения
годности к владению оружием

1. Осмотр водителей и граждан, приобретающих и владеющих оружием, проводится в пределах срока, установленного в договоре с обследуемым и при наличии заключения от врача-психиатра-нарколога. Сотрудник медицинской организации устанавливают личность гражданина, обратившегося за проведением освидетельствования, наличие у него регистрации по месту жительства на основании паспорта или иного документа, удостоверяющего личность.
2. После установления личности проверяется наличие сведений о ранее выявленных у обратившегося психических расстройствах. Указанные сведения проверяются путем сверки с картотеками (базами данных), имеющимися в медицинских организациях, которые формируются в результате динамического наблюдения за пациентом.
3. Осмотр врачом-психиатром осуществляется в 2 этапа: первый этап: первичный осмотр врачом-психиатром (сбор жалоб, анамнеза, описание психического статуса); второй этап: в случае выявления психических и неврологических расстройств обследуемый может быть направлен на дополнительное обследование на электроэнцефалографическое обследование. Осмотр на право владения оружием проводится с обязательным патопсихологическим (психодиагностическим) исследованием у медицинского психолога. В случае отсутствия в штате ЛПУ медицинского психолога обследуемый направляется на осмотр врачом-психиатром с одновременным проведением патопсихологического (психодиагностического) исследования в диспансерное отделения ГУЗ

«ЛОПНБ» (г. Липецк, пл. Аксакова, д. 4), либо в диспансерное отделение ГУЗ «Елецкий психоневрологический диспансер» (г. Елец, ул. Товарная, д. 15) с предоставлением сведений о состоянии на учёте у врача-психиатра по месту жительства.

4. По результатам осмотра врачом-психиатром на право владения оружием выдаётся медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием формы в соответствии с приложением №1.

5. В случае выявления в ходе обследования врачом-психиатром у освидетельствуемого симптомов и синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к владению оружием, освидетельствуемый направляется на психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией медицинской организации.

6. Результаты всех проводимых в ходе освидетельствования исследований приобщаются к амбулаторной карте обследуемого и фиксируются в системе делопроизводства медицинской организации с соблюдением требований законодательства о неразглашении врачебной тайны.

7. При отказе обследуемого от прохождения исследований, предусмотренных настоящим Алгоритмом, ему разъясняются последствия отказа, установленные пунктом 8 настоящего Алгоритма, что оформляется записью в амбулаторной карте обследуемого. Отказ обследуемого от прохождения исследований фиксируется в его амбулаторной карте и удостоверяется подписью самого обследуемого и врача-психиатра. При отказе обследуемого от подписи в амбулаторной карте, в ней делается соответствующая запись об отказе, которая заверяется подписью врача-психиатра.

8. В случае отказа обследуемого от прохождения обследования медицинское заключение о прохождении освидетельствования и допуске к владению оружием не выдается.

9. При прохождении освидетельствования обследуемый вправе получать у лиц, осуществляющих его освидетельствование, разъяснения по вопросам, связанным с его освидетельствованием.

Главный внештатный
специалист психиатр

В.В. Барзаков

Захацкий А.Н.
48-02-78

Штамп медицинской организации

**Медицинское заключение № _____
об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Место жительства _____

Освидетельствован (а) врачом-психиатром

Заключение: _____
(противопоказания имеются/отсутствуют)

_____ (Дата) (Ф.И.О. врача проводившего освидетельствование) (Подпись и печать врача)

М.П.