

ДОГОВОР
возмездного оказания медицинских услуг
по проведению химико-токсикологического исследования
и психиатрического освидетельствования¹

г. Норильск

«___» _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5» (КГБУЗ ККПНД № 5), далее именуемое «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Устава с одной стороны и _____, далее именуемое «Заказчик», в лице _____, действующей на основании _____, с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

Неотъемлемой частью Договора являются Общие условия договоров в редакции на дату заключения Договора, размещенные на официальном сайте краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5 (КГБУЗ ККПНД № 5) по адресу: <https://norpd5.gosuslugi.ru/dokumenty/obschie-usloviya-k-tipovym-formam-dogovorov-vozmeznogo-okazaniya-meditsinskih-uslug.html>²

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по заявке Заказчика оказать медицинские услуги по проведению обязательного психиатрического освидетельствования (далее - ОПО) работников Заказчика, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации (далее - ТК РФ), приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.04.2019 № 266н «Об утверждении Порядка прохождения работниками ведомственной охраны ежегодного медицинского осмотра, предусмотренного статьей 6 Федерального закона от 14 апреля 1999г. N 77-ФЗ «О ведомственной охране», включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, и формы заключения, выдаваемого по его результатам» (далее – Приказ № 266н), приказом Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование» (далее - Приказ № 342н), а Заказчик обязуется оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10.07.2020 № ЛО41-01019-24/00323307 с указанием перечня работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность, выданной Министерством здравоохранения Красноярского края: г. Красноярск, ул. Красной Армии, д. 3. тел. 8 (391) 211-00-44, 211-52-01.

1.3. Перечень медицинских услуг и количество работников Заказчика, подлежащих осмотру, а также стоимость оказываемых услуг, определяются Приложением № 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Место оказания услуг: Красноярский край, г. Норильск, район Центральный, ул. Орджоникидзе, д. 9, ул. Богдана Хмельницкого, д. 20.

1.5. Срок оказания медицинских услуг: с _____ по _____ 20__ года.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Обязательное психиатрическое освидетельствование далее – ОПО) проводится на основании поименных списков, разработанных на основании контингентов работников Заказчика, подлежащих ОПО (Приложение № 2, 3 к Договору).

Поименные списки и контингенты составляются и утверждаются Заказчиком, после чего направляются Исполнителю. Списки предоставляются Заказчиком в алфавитном порядке на бумажном и электронном носителях (формат Excel), с отправкой на электронный адрес КГБУЗ ККПНД №5 (kkpnd5@bk.ru).

2.2. Порядок прохождения ОПО работниками Заказчика, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичность, а также виды деятельности, при которых проводится ОПО, осуществляется в соответствии с действующим законодательством (пункт 1.1. настоящего Договора).

2.3. ОПО работников Заказчика проводится на добровольной основе с учетом норм, установленных Законом № 3185-1.

2.4. ОПО работников Заказчика проводится с целью определения их пригодности по состоянию психического здоровья к осуществлению отдельных видов деятельности.

2.5. Освидетельствование работника проводится врачебной комиссией³.

Освидетельствование работника Заказчика проводится комиссией врачей-психиатров⁴.

¹ Настоящая форма типового Договора применяется на период действия Приказа № 342н, то есть до 01.09.2028г.

² Раздел 3 Общих условий не применяется в настоящем договоре, и излагается в редакции настоящего Договора

³ Данный абзац применяется до 28.02.2026г. (изменения и дополнения в Приказ № 342н от 02.07.2025г.)

⁴ Данный абзац применяется с 01.03.2026 по 01.09.2028 (изменения и дополнения в Приказ № 342н от 02.07.2025г.)

2.6. Освидетельствование работника проводится в обязательном порядке на основании выданного работнику Заказчиком направления на освидетельствование (далее - Направление) и с учетом заключений, выданных по результатам обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового кодекса Российской Федерации (при их наличии)⁵.

Освидетельствование работника проводится на основании выданного работодателем (его уполномоченным представителем) направления на освидетельствование (далее - Направление)⁶.

2.7. Работник Заказчика может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) по результатам обязательного психиатрического освидетельствования признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности.

2.8. Повторное прохождение освидетельствования работником не требуется в случае, если работник поступает на работу по виду деятельности, по которому ранее проходил освидетельствование (не позднее двух лет) и по состоянию психического здоровья был пригоден к выполнению указанного вида деятельности. Результат ранее проведенного освидетельствования подтверждается медицинскими документами, в том числе полученными путем электронного обмена между медицинскими организациями.

2.9. Для прохождения освидетельствования работник Заказчика представляет в медицинскую организацию, в которой проводится освидетельствование, следующие документы:

- направление (Приложение № 4 к настоящему Договору);
- документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащий страховой номер индивидуального лицевого счета;
- заключения, выданные по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового кодекса Российской Федерации (при их наличии);
- паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность).

2.10. В Направлении указываются следующие сведения:

- дата формирования направления;
- наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона;
- вид экономической деятельности работодателя по Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД);
- наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и основной государственный регистрационный номер (ОГРН), электронная почта, контактный телефон (при наличии информации);
- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника;
- наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности;
- наименование должности (профессии) работника, направляемого на освидетельствование;
- вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с приложением № 2 к Приказу № 342н;
- сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового кодекса Российской Федерации (при их наличии);
- дата выдачи направления работнику.

Направление подписывается Заказчиком (работодателем работника) с указанием его должности, фамилии, инициалов.

Направление выдается работнику Заказчика под подпись.

Направление может быть сформировано в форме электронного документа с использованием простых электронных подписей Заказчика и работника Заказчика (при наличии технической возможности).

Заказчик организует учет выданных направлений, в том числе в форме электронного документа.

2.11. Освидетельствование работника Заказчика включает:

- прием (осмотр, консультация) врача-психиатра;
- сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии;
- психопатологическое обследование.

При проведении освидетельствования могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, освидетельствований, диспансеризации работника Заказчика, подтвержденных медицинскими документами, в том числе полученных путем электронного обмена между медицинскими организациями, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для проведения соответствующих медицинских мероприятий в рамках освидетельствования.

В случае подозрения (выявления) у работника Заказчика, при прохождении освидетельствования врачебной комиссией Исполнителя, признаков психического расстройства, препятствующего выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, работник Заказчика может быть направлен на проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ).

2.12. ОПО работника Заказчика проводится в срок не более 20 (двадцати) дней с даты его обращения в комиссию.

⁵ Данный абзац применяется до 28.02.2026г. (изменения и дополнения в Приказ № 342н от 02.07.2025г.)

⁶ Данный абзац применяется с 01.03.2026 по 01.09.2028 (изменения и дополнения в Приказ № 342н от 02.07.2025г.)

В целях проведения ОПО комиссия вправе запрашивать у Заказчика и медицинских учреждений дополнительные сведения, о чем работник Заказчика ставится в известность.

Комиссия принимает соответствующее решение в течение 10 (десяти) дней после получения дополнительных сведений.

2.13. При прохождении ОПО работник Заказчика может получать разъяснения по вопросам, связанным с его освидетельствованием.

2.14. Врачебная комиссия (к по результатам освидетельствования выносит решение о признании работника пригодным или непригодным вследствие психического расстройства (при наличии медицинских психиатрических противопоказаний) к выполнению вида (видов) деятельности, указанного в направлении на освидетельствование.

2.15. По окончании прохождения работником Заказчика освидетельствования Исполнителем оформляется медицинское заключение (далее – Заключение, Приложение № 5 к Договору), в котором указываются:

- дата выдачи Заключения;
- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника;
- наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона;
- вид экономической деятельности работодателя по Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД);
- наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности, должности (профессии) работника;
- вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с приложением № 2 к Приказу № 342н;
- результаты освидетельствования о пригодности или непригодности (при наличии медицинских психиатрических противопоказаний) к выполнению вида (видов) деятельности, указанных в направлении.

Заключение подписывается всеми членами врачебной комиссии (комиссией врачей - психиатров) с указанием их фамилии и инициалов и заверяется печатью (при наличии) Исполнителя.

2.15. Заключение составляется в 3 (трех) экземплярах, один из которых не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня принятия врачебной комиссией (комиссией врачей-психиатров) решения, выдается работнику под подпись. Второй экземпляр хранится у Исполнителя, третий экземпляр направляется Заказчику, при наличии согласия работника Заказчика (Приложение № 6.1. к Договору).

При наличии технической возможности допускаются выдача (передача) заключения в форме электронного документа с использованием усиленных квалифицированных электронных подписей всех членов врачебной комиссии, и его передача работнику и работодателю (при наличии согласия работника) по защищенным каналам связи, исключающим возможность несанкционированного доступа к информации третьих лиц, и с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о защите персональных данных и врачебной тайны.

2.16. После исполнения условий п. 2.16. Договора, ОПО считается пройденным, а услуга оказанной.

2.17. В случае несогласия работника Заказчика с решением комиссии оно может быть обжаловано в суде.

2.18. **Химико-токсикологическое исследование** (далее – ХТИ) проводится в порядке, определенном Приказом № 266н.

2.19. ХТИ проводится Исполнителем на основании направления, выданного Заказчиком работнику, предъявленного паспорта гражданина Российской Федерации (служебного удостоверения) и при условии оформления информированного добровольного согласия (заявления) работника на обработку его персональных данных.

2.20. ХТИ образца биологического объекта в обязательном порядке проводятся на следующие химические вещества, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты, растительные и синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин и метадон.

2.21. Биологическим объектом для предварительных ХТИ и подтверждающих ХТИ является моча.

2.22. Результаты предварительных ХТИ заносятся в журнал регистрации отбора биологических объектов.

2.23. При получении отрицательных результатов предварительных ХТИ медицинский осмотр считается завершённым.

2.24. В случае выявления в организме работника Заказчика в ходе предварительных ХТИ наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов врач - психиатр-нарколог в день получения медицинской организацией результатов предварительных ХТИ в письменном виде сообщает работодателю о выявлении медицинских противопоказаний к допуску к работам, указанным в Направлении.

2.25. В случае выявления при проведении предварительных ХТИ в биологических объектах наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов эти объекты направляются для проведения, подтверждающего ХТИ.

2.26. Срок для получения врачом - психиатром-наркологом, проводящим медицинский осмотр, результатов, подтверждающих ХТИ не должен превышать 10 календарных дней.

2.27. По результатам подтверждающих ХТИ оформляется справка о результатах химико-токсикологических исследований.

2.28. При получении результатов подтверждающих ХТИ медицинский осмотр, считается завершённым.

2.29. Положительные результаты подтверждающих ХТИ являются медицинскими противопоказаниями к допуску к работам, а также медицинскими рекомендациями для прохождения работником внеочередного медицинского осмотра.

2.30. По завершении медицинского осмотра врач - психиатр-нарколог оформляет заключение по форме, утверждаемой приложением № 2 к Приказу № 266н (Приложение № 7).

2.31. Заключение оформляется в 2 (двух) экземплярах, один из которых незамедлительно после завершения проведения медицинского осмотра выдается работнику на руки, а второй - приобщается к медицинской карте.

2.32. При отказе работника от прохождения медицинского осмотра или от прохождения химико-токсикологических исследований заключение не оформляется.

2.33. По желанию работника в медицинской организации, проводившей медицинский осмотр, ему выдается копия справки о результатах предварительных ХТИ и (или) подтверждающих ХТИ.

2.34. Выданные заключения регистрируются в журнале регистрации выданных заключений.

2.35. По итогам проведения медицинского осмотра в течение 5 рабочих дней составляется заключительный акт, который утверждается руководителем медицинской организации, заверяется печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации, и направляется работодателю.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Сумма по Договору, оказываемых Исполнителем медицинских услуг, определяется в соответствии с прейскурантом цен, является твердой и не должна превышать _____ (_____) рублей ____ копеек без учета НДС. Медицинские услуги НДС не облагаются, в связи с применением подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

Оплата услуг Заказчиком происходит ежемесячно за фактически оказанные Исполнителем объемы медицинских услуг, на основании выставленных Исполнителем счетов и в соответствии с установленной платой на услуги (работы), предоставляемые Исполнителем, утвержденных приказом главного врача Учреждения (Приложение № 1 к настоящему Договору).

3.2. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <https://norpnd5.ru> и на информационных стендах Исполнителя.

3.3. В случае изменения тарифных ставок и других существенных условий оплаты труда, Исполнитель вправе изменить стоимость услуг по настоящему Договору путем заключения Сторонами дополнительного соглашения.

3.4. Промежуточным (отчетным) периодом для осуществления между Сторонами расчетов за оказанные медицинские услуги является календарный месяц.

По окончании отчетного периода оформляется акт об оказании услуг, который подписывается Сторонами не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.

3.5. Заказчик производит оплату, за оказанные Исполнителем медицинские услуги, на основании выставленных счетов и актов об оказании услуг, не позднее 7 (семи) рабочих дней со дня, следующего за отчетным периодом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.6. В случае возникновения необходимости у Заказчика в дополнительных объемах медицинских услуг, их стоимость определяется в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.7. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам оказания медицинской услуги, стоимость медицинской услуги может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные медицинские услуги по Договору.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, установленных настоящим Договором, Заказчик и Исполнитель несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. В случае просрочки исполнения Заказчиком обязательств по оплате цены настоящего Договора, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика уплаты пени. Пеня начисляется за каждый день просрочки исполнения Заказчиком обязательства по оплате, предусмотренного настоящим Договором, начиная со дня, следующего после дня истечения, установленного настоящим Договором срока исполнения такого обязательства. Размер пени составляет одну трехсотую действующей на дату уплаты пеней ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от не уплаченной в срок суммы цены настоящего Договора.

4.3. За каждый факт неисполнения Заказчиком обязательств по Договору, за исключением просрочки исполнения обязательств, размер штрафа устанавливается в виде фиксированной суммы и составляет 1 000 (Одну тысячу) рублей 00 копеек.

4.4. Общая сумма начисленной неустойки (штрафов, пени) за ненадлежащее исполнение Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, не может превышать цену Договора.

4.5. В случае просрочки исполнения Исполнителем обязательств, предусмотренных настоящим Договором, Заказчик обязан потребовать от Исполнителя уплаты пени. Пеня начисляется за каждый день просрочки исполнения Исполнителем обязательства, предусмотренного настоящим Договором, начиная со дня, следующего после дня истечения, установленного настоящим Договором срока исполнения обязательства. Размер пени составляет не менее чем одна трехсотая действующей на дату уплаты пени ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от цены Договора, уменьшенной на сумму, пропорциональную объему обязательств, предусмотренных Договором и фактически исполненных Исполнителем.

4.6. За каждый факт неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем своих обязательств, предусмотренных настоящим Договором, которые не имеют стоимостного выражения, размер штрафа устанавливается (при наличии в Договоре таких обязательств) в виде фиксированной суммы и составляет 1 000 (Одну тысячу) рублей 00 копеек.

4.7. Общая сумма начисленной неустойки (штрафов, пени) за неисполнение или ненадлежащее исполнение Исполнителем обязательств, предусмотренных Договором, не может превышать цену Договора.

4.8. Под ненадлежащим исполнением Исполнителем обязательств понимается оказание услуг, не соответствующих требованиям к качеству и объему услуг, установленных настоящим Договором.

4.9. Стороны настоящего Договора освобождаются от уплаты неустойки (штрафа, пеней), если докажут, что просрочка исполнения соответствующего обязательства произошла вследствие непреодолимой силы или по вине другой Стороны.

4.10. Уплата Исполнителем неустойки или применение иной формы ответственности не освобождает его от исполнения обязательств по настоящему Договору.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Договор вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты подписания Сторонами и действует по «___» _____ 20___ года, а в части расчетов до полного выполнения всех обязательств обеими Сторонами.

5.2. Осуществление между Сторонами переписки производится по адресам, указанным в Договоре. Стороны обязуются незамедлительно информировать друг друга обо всех изменениях в своих реквизитах (изменение адреса, организационно-правовой формы и т.п.), которые могут повлиять на исполнение Сторонами Договора. Сторона, не известившая или несвоевременно известившая об изменении своих реквизитов, несет риск возможных последствий, связанных с ненадлежащим исполнением данного обязательства.

5.3. Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон и имеет одинаковую юридическую силу.

6. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»

«Заказчик»

КГБУЗ ККПНД № 5

Юридический адрес (местонахождение):
663305, Красноярский край, г. Норильск,
р-он Центральный, ул. Богдана Хмельницкого,
д. 20
Телефон: (3919) 46-11-61/46-39-82
(3919) 46-33-25 (ПЭО)
ИНН 2457045484 КПП 245701001
ОГРН 1022401623551 ОКТМО 04729000001
ОКВЭД 86.10
Минфин края (КГБУЗ ККПНД № 5
л/с 75192Н70101)
р/сч 032 246 430 400 000 019 00
ОТДЕЛЕНИЕ КРАСНОЯРСК БАНКА
РОССИИ//УФК по Красноярскому краю
г.Красноярск
Счет: 401 028 102 453 700 000 11
БИК 010407105
E-mail: kkpnd5.nor@mail.ru

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач

_____/_____/

_____/_____/

«___» _____ 20___ г.

«___» _____ 20___ г.

М.П.

М.П.

СТОИМОСТЬ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Цена единицы услуги, руб.
1.	Медицинский осмотр врачом психиатром-наркологом (с иммунохимическим тестированием на наличие психоактивных веществ)	2 270,00
2.	Комиссионное психиатрическое освидетельствование	2 520,00

«Исполнитель»

Главный врач

_____ / _____ /

«_____» _____ 20__ г.

М.П.

«Заказчик»

_____ / _____ /

«_____» _____ 20__ г.

М.П.

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель предприятия, учреждения
(полное наименование должности юридического
лица)

Ф.И.О.
«_____» _____ 20__ г.

Список контингента работников, подлежащих прохождению
обязательного психиатрического освидетельствования

Согласно ТК РФ (статьи 76, 212, 213, 214), Закону РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Приказа Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование»

По _____ в 20__ г.
(полное наименование юридического лица, структурного подразделения)

№ п/п	Наименование структурного подразделения	Наименование профессии	Штатная численность	Виды деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование, в соответствии с приказом Минздрава России от 20.05.2022 № 342н
1	2	3	4	5
		Всего:		

Руководитель (специалист/лицо замещающее должность) службы охраны труда

Форма согласована

ЗАКАЗЧИК

«_____» _____ 20__

М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Главный врач

«_____» _____ 20__

М.П.

УТВЕРЖДАЮ

Наименование предприятия

Должность руководителя предприятия

Ф.И.О.

Подпись

«__» ____ 20__ г.

М.П.

Список работников,
подлежащих обязательному психиатрическому освидетельствованию в 20__ году,

Согласно ТК РФ (статьи 76, 212, 213, 214), Закону РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Приказа Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование»

№ п/п	Наименование структурного подразделения	Наименование профессии	Ф.И.О.	Пол	Дата рождения (число, месяц, год)	Адрес регистрации и по месту жительства	Стаж работы (полных лет)	Виды деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование, в соответствии с приказом Минздрава России от 20.05.2022 № 342н

Руководитель (специалист/лицо замещающее должность) службы охраны труда

Форма согласована

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Главный врач

М.П.

М.П.

Наименование работодателя

Адрес электронной почты, контактный номер телефона

Форма собственности

Вид экономической деятельности по ОКВЭД

НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, фактический адрес местонахождения, код по ОГРН,

адрес электронной почты, контактный номер телефона)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Ф.И.О. _____

2. _____
(дата рождения (число, месяц, год))

3. Пол работника (муж./жен.) (нужное указать) _____

4. Адрес регистрации по месту жительства _____

4. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

5. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности _____

6. Наименование должности (профессии) работника, направляемого на освидетельствование _____

7. Вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с приложением № 2 к приказу Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование» _____

8. Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового кодекса Российской Федерации (при их наличии) _____

9. Дата формирования направления: «___» _____ 20__ г.

10. Даты выдачи направления работнику: «___» _____ 20__ г.

(должность уполномоченного представителя)

(подпись уполномоченного представителя)

(Ф.И.О.)

Форма согласована

ЗАКАЗЧИК

_____/_____
«___» _____ 20__

М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Главный врач
_____/_____
«___» _____ 20__

М.П.

Штамп организации

ЗАКЛЮЧЕНИЕ/ПРОТОКОЛ

ВРАЧЕБНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОМИССИИ № _____

(обязательного психиатрического освидетельствования)

1. Выдано _____

(фамилия, имя, отчество)

2. Дата рождения _____ 3. Пол (муж/жен) (нужное указать) _____

(число, месяц, год)

3. Адрес регистрации по месту жительства: _____

(населенный пункт, улица, дом, квартира)

4. Наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона _____

ОБРАЗЕЦ

5. Вид экономической деятельности работодателя по Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД) _____

6. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности, должности (профессии) работника _____

7. Вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с приложением № 2 к приказу Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование» _____

8. Результаты освидетельствования о пригодности или непригодности (при наличии медицинских психиатрических противопоказаний) к выполнению вида (видов) деятельности, указанных в направлении _____

9. Дата освидетельствования «___» _____ 20___ г.

Врачебная психиатрическая комиссия:

Врач-психиатр _____

Ф.И.О. _____

подпись _____

Личная печать врача

Врач-психиатр _____

Ф.И.О. _____

подпись _____

Личная печать врача

Врач-психиатр _____

Ф.И.О. _____

подпись _____

Личная печать врача

Печать медицинской организации

Исполнитель: _____

Форма согласована

ЗАКАЗЧИК _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ _____

Главный врач

«___» _____ 20___

«___» _____ 20___

М.П.

М.П.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинского вмешательства необходимые для проведения обязательного психиатрического освидетельствования комиссией врачей-психиатров в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5» (КГБУЗ ККПНД № 5)

Я, _____,
дата рождения: « _____ » _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, а именно: опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза: осмотр, пальпация; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); проведение функционального исследования - ЭЭГ, психологические методы обследования, необходимые для проведения обязательного психиатрического освидетельствования в КГБУЗ ККПНД № 5 комиссией врачей-психиатров, с целью определения пригодности по состоянию психического здоровья к отдельным видам деятельности при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели и методы, применяемые при проведении психиатрического освидетельствования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения психиатрического освидетельствования, в результате чего медицинская организация в обязательном порядке известит о факте отказа моего работодателя.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно данного вида медицинского вмешательства и получил на них ответы в доступной форме.

« _____ » _____ (дата) (месяц) (год) _____ (подпись пациента) _____ (фамилия, инициалы пациента)

Я, даю согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с требованиями ФЗ РФ № 152 от 27.07.2006 года «О персональных данных», а также данных касающихся моего здоровья, в целях оказания медицинской - социальной помощи в полном объеме, в том числе и при обмене информацией между медицинскими организациями. Оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес КГБУЗ ККПНД № 5 по почте, заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю КГБУЗ ККПНД № 5.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания, действует бессрочно и может быть отозвано путём подачи письменного заявления в адрес КГБУЗ ККПНД № 5.

« _____ » _____ _____
(дата) (месяц) (год) (подпись пациента) (фамилия, инициалы пациента)

**Согласие работника
о направлении Заключения/Протокола врачебной психиатрической комиссии
(обязательного психиатрического освидетельствования) работодателю**

Я, _____,
дата рождения: «___» _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____

даю добровольное согласие о направлении Заключения/Протокола врачебной психиатрической комиссии (обязательного психиатрического освидетельствования) работодателю _____

(в соответствии с направлением, выданному работодателем)

«___» _____ 20__ г.

Заключение (решение) врачебной психиатрической комиссии выдано работнику

«___» _____ 20__ г.

Председатель
врачебной психиатрической комиссии

М.П.

Форма согласована

ЗАКАЗЧИК

_____/_____/_____
«___» _____ 20__

М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Главный врач
_____/_____/_____
«___» _____ 20__

М.П.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5»
(КГБУЗ ККПНД № 5)
Богдана Хмельницкого ул, д. 20, г. Норильск,
Красноярский край, 663305
Телефон/факс: (3919) 46-11-61
ОГРН 1022401623551
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
от 10.07.2020 № ЛО41-01019-24/00323307

**Заключение,
выдаваемое по результатам прохождения работниками
ведомственной охраны ежегодного медицинского осмотра,
предусмотренного статьей 6 Федерального закона от 14 апреля 1999 г.
N 77-ФЗ "О ведомственной охране", включающего в себя
химико-токсикологические исследования наличия в организме человека
наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов**

(дата выдачи)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) работника)

(дата рождения работника: число, месяц, год)

(пол)

(профессия, должность работника)

(наименование работодателя)

(наименование вида работы, осуществляемой работником)

Наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты по результатам ежегодного медицинского осмотра не выявлены (выявлены).

Руководитель
медицинской организации

М.П.

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

g

**Приказ № 266н,
ФЗ-77,
Приказ № 342н**

Prof 10.10. 2025 Prof

Куратором учтены, устранены замечания: « » 2025 / /

[illegible]

Румянцева Светлана Юрьевна
(3919) 46-54-74