

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
_____ 20__ року № _____

Звітність

Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню за 20__ рік

Подають	Терміни подання	Форма № 10 (річна) ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ 20__ року № _____ за погодженням із Держстатом
<p>Заклади охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичні особи – підприємці, які провадять медичну практику на підставі ліцензії, й у звітному році брали участь у наданні психіатричної допомоги населенню, в тому числі й особам з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин:</p> <p>Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій; в електронному вигляді – державній установі «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України».</p>	05 січня	
<p>Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій – зведений звіт по території – Міністерству охорони здоров'я України.</p>	згідно з наказом МОЗ України	

Респондент: Найменування/ПІБ ліцензіата): _____	Код згідно з ЄДРПОУ*: _____	РНОКПП**): _____
Місцезнаходження: _____		
(поштовий індекс, область/Автономна Республіка Крим, район, населений пункт, вулиця/провулок, площа тощо, № будинку/корпусу, № квартири/офісу)		

*Код згідно з ЄДРПОУ зазначають заклади охорони здоров'я. У разі утворення юридичною особою кількох закладів охорони здоров'я звіт заповнюється суб'єктом господарювання для кожного закладу охорони здоров'я окремо.

**Рєєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) зазначають фізичні особи – підприємці. Особи, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття РНОКПП, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку або інформацію в паспорті громадянина України про право здійснювати будь-які платежі за серією та/або номером паспорта, зазначають серію та номер паспорта. У разі провадження фізичною особою – підприємцем медичної практики за кількома місцями її провадження звіт заповнюється для кожного місця провадження окремо.

Таблиця 4000. Кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я, що надавав психіатричну допомогу

Фахівці	Номер рядка	Кількість фізичних осіб			Кількість штатних посад			Кількість зайнятих посад		
		в амбулаторній мережі	у стаціонарній мережі	у денних стаціонарах	в амбулаторній мережі	у стаціонарній мережі	у денних стаціонарах	в амбулаторній мережі	у стаціонарній мережі	у денних стаціонарах
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Лікар-психіатр	1									
Лікар-психіатр дитячий	2									
Лікар-нарколог	3									
Лікар-психотерапевт	4									
Лікар-психолог	5									
Лікар-сексопатолог	6									
Лікар-терапевт	7									
Лікар-педіатр	8									
Лікар-невропатолог	9									
Лікар-невролог дитячий	10									
Лікарі інших спеціальностей	11									
Психолог	12									
Логопед	13									
Педагог	14									
Соціальний працівник (із вищою освітою)	15									
Соціальний працівник (без вищої освіти)	16									
Медична сестра соціальної допомоги	17									
Медична сестра	18									

Таблиця 4100. Медичні спеціальності, за якими провадилась медична практика фізичною особою – підприємцем:

лікар-психіатр 1 _____, лікар-психіатр дитячий 2 _____, лікар-нарколог 3 _____, лікар-психотерапевт 4 _____, лікар-психолог 5 _____, лікар-сексопатолог 6 _____, лікар іншої спеціальності: _____) 7 _____, психолог 8 _____, соціальний працівник (із вищою освітою) 10 _____, соціальний працівник (без вищої освіти) (спеціальність) 11 _____, медична сестра соціальної допомоги 12 _____, медична сестра 13 _____, фахівець іншої спеціальності (спеціальність): _____) 14 _____.

Дата _____ 20____ року

М.П. (за наявністю)

Керівник закладу охорони здоров'я (або фізична особа – підприємець) _____

(підпис або цифровий підпис (за наявністю))

Виконавець _____
(прізвище, ім'я, по батькові, номер телефону)_____
(прізвище, ім'я, по батькові)**В. о. директора Медичного департаменту****А. Гаврилюк**