

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписан/ият/ата/(трите имена)

ЕГН:.....,адрес:.....

във връзка с исканото от мен Медицинско удостоверение от ЦПЗ „Проф. Никола Шипковенски“ ЕООД, гр. София, ДЕКЛАРИРАМ следните обстоятелства, свързани и имащи отношение към психичното ми здраве:

МОЛЯ, ЗАЧЕРТАЙТЕ С / X / ВЯРНОТО ТВЪРДЕНИЕ!

1. До този момент боледувал/а ли сте от психично заболяване?

ДА НЕ

2. До този момент имал/а ли сте алкохолна зависимост?

ДА НЕ

3. До този момент имал/а ли сте наркотична зависимост?

ДА НЕ

4. До този момент лекувал/а ли сте се по повод психично заболяване?

ДА НЕ

5. До този момент лекувал/а ли сте се по повод алкохолна зависимост?

ДА НЕ

6. До този момент лекувал/а ли сте се по повод наркотична зависимост?

ДА НЕ

7. Посещавал/а ли сте до този момент психиатър по повод проблеми с психичното Ви здраве?

ДА НЕ

8. Посещавала/а ли сте до този момент психотерапевт или психолог по повод проблеми с психичното Ви здраве?

ДА НЕ

9. Имал/а ли сте някога мисли за самоубийство?

ДА НЕ

10. Предприемал/а ли сте някога действия за самоубийство?

ДА НЕ

11. Употребявате ли ежедневно алкохол?

ДА НЕ

12. Имате ли сутрешна употреба на алкохол?

ДА НЕ

13. Употребявал/а ли сте наркотични вещества?

ДА НЕ

14. Употребявате ли наркотични вещества?

ДА НЕ

15. Употребявате ли психотропни медикаменти?

ДА НЕ

Декларирам, че посочените от мен с /X/ данни са **ВЕРНИ**, към момента на съставяне на настоящата декларация.

Известно ми е, че нося наказателна отговорност в случай, че представям неверни данни.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис и трите имена, саморъчно изписани)