

Tervishoiuteenuse osutaja.....
Adress:.....
Nimi:..... (arsti ees- ja perekonna nimi, ametikoht, tegevusloanumber)
Telefon:.....

NARKOOTILISE VÕI PSÜHHOTROOPSE AINE VÕI MUU SARNASE TOIMEGA AINE
TARVITAMISEST PÕHJUSTATUD TERVISESEISUNDI KIRJELDAMINE
AKT NR.....

Eesnimi.....Perekonnanimi.....

Töö- või ametikoht.....

Isikukood (selle puudumisel sünniaeg).....

Isikut tõendava dokumendi nimetus ja number.....

2. Saatekirja väljastanud asutus.....

3. Läbivaatus teostati „.....”kell.....

4. Läbivaatuse põhjus.....

5. Anamneesis on järgmised neuroloogilised või psüühilised haigused.....
.....

6. Oma sõnade järgi tarvitas viimati:
narkootilist, psühhotroopset või muud sarnase toimega ainet (mark).....
.....

7. Lisaandmed.....
(isik keeldub ekspertiisist, segab ekspertiisi)

HINNANG:

Lähtudes ülalkirjeldatud kliinilisest pildist.....
(ei esine, esineb)

uuritaval käesoleval ajal.....tarvitamise tunnuseid.
(narkootiline, psühhotroopne või muu sarnase toimega aine)

JÄRELDUS:

1. narkootilise või psühhotroopse aine või muu sarnase toimega aine tarvitamise tunnuseid ei esine: joobeseisundile vastav kehaliste ja / või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine ei ole sedastatav;
2. esinevad narkootilise või psühhotroopse aine või muu sarnase toimega aine tarvitamise tunnused; joobeseisundile vastav kehaliste ja / või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine ei ole sedastatav;
3. esineb joobeseisundile vastav kehaliste ja / või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine narkootilise või psühhotroopse aine või muu sarnase toimega aine tarvitamise tulemusena;
4. isiku keeldumise tõttu läbivaatusest ei ole otsuse tegemine võimalik.

Olen teadlik arsti kohustusest anda otsus vastavalt kliinilisele ja objektiivsele leiule ning oma teadmistele.

.....
(arsti allkiri)

Tutvunud terviseseseisundi kirjeldamise tulemustega.....

.....
(kontrollitava isiku allkiri ja märkus kirjaliku protesti lisamise kohta)