

**Обращение,  
поступившее на «телефон доверия»  
ГАУЗ СО «Психиатрическая больница № 3»**

Дата, время:

\_\_\_\_\_ указывает дату, время поступления сообщения на телефон доверия

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ указывает Ф.И.О. абонента, название организации

\_\_\_\_\_ либо делается запись о том, что абонент Ф.И.О. не сообщил

Место проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ указывается адрес, который сообщил абонент:

\_\_\_\_\_ почтовый индекс, населенный пункт, название улицы, дом, корпус, квартира

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ номер телефона, с которого звонил и/или который сообщил абонент

\_\_\_\_\_ либо делается запись о том, что телефон не определился и/или абонент номер телефона не сообщил

Содержание обращения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Обращение принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ должность, фамилия и инициалы, подпись лица, принявшего сообщение