Регистр пациентов с психическими нарушениями

№	Ф.И.О.	пол	Дата рож-дения	Адрес, контакт. телефон	Социальный статус (Место работы, профессия, образова-ие) дееспособность	Семейный статус, условия проживания	Диагноз Код МКБ	Соматический диагноз	Дата начала наблюдения ВОП	Группа динамического наблюдения (по модели)	Начала наблюдение психиатром (Дата)	Дата перевода	Примечание