



Ф.И.О. пациента:
Сопровождающий:

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства)

пациент *ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»*

(наименование ЛПУ)

или законный представитель ребенка

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес места жительства)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

представляющий интересы ребенка *з.р.* _____

зарегистрирован по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского
вмешательства: **рентген грудной клетки, реакция Манту, Диаскин-тест** моему
ребенку.

Врач-психиатр в доступной для меня форме разъяснил(а) мне цели медицинского
вмешательства, связанный с ним риск, в том числе вероятность развития осложнений,
а также предполагаемые результаты.

Я получил исчерпывающие и понятные мне ответы на все вопросы и имел достаточно
времени на принятие решения о согласии на предложенное моему ребенку
медицинское вмешательство.

Дата:

✓ _____ /

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ

ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» _____ /