



Ф.И.О. пациента:
Сопровождающий:

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОСМОТР ВРАЧА-ПСИХИАТРА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

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

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства)

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 проведение **осмотра врачом-психиатром в приемном отделении** моему ребенку.

Врач-психиатр в доступной для меня форме разъяснил(а) цели медицинского обследования, 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 обследование.

Дата:

✓ _____ /

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ ПЗДП
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

_____ /