



**Ф.И.О. пациента:**  
Сопровождающий:

## СОГЛАСИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

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: \_\_\_\_\_

согласен на госпитализацию моего ребенка в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Дата:

✓ \_\_\_\_\_ /

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

\_\_\_\_\_ /