

**Информированное добровольное  
СОГЛАСИЕ  
родителя (законного представителя)  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_,

/Фамилия, Имя, Отчество(при наличии)/

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

/паспорт, серия, номер/

\_\_\_\_\_

/наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи/

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

являясь родителем / законным представителем/ ребёнка

\_\_\_\_\_

/Фамилия, Имя, Отчество(при наличии) ребёнка, дата рождения/

проживающего (щей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

в соответствии со ст.11 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 02 июля 1992г. №3185-1 (в редакции от 21.11.2011г.) осведомлена о характере психического расстройства моего ребёнка, целях и методах рекомендованного лечения, в том числе альтернативного, его продолжительности, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах и даю своё согласие на предложенные методы лечения с момента зачисления сына (дочери) в школу-интернат до достижения ребёнком пятнадцатилетнего возраста.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Подпись родителя  
(законного представителя)*

*Ф.И.О.*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Подпись врача-психиатра*

*Ф.И.О.*