

**Медицинский центр Хилель Яфе**  
**Психиатрическое отделение**

Бланк согласия на лечение и госпитализацию

Бланк А

В дирекцию медицинского центра  
Хилель Яфе

1. Я (больной) нижеподписавшийся: \_\_\_\_\_ : фамилия: \_\_\_\_\_ имя

\_\_\_\_\_ : удостоверение личности: \_\_\_\_\_ адрес

2. Родственник \ опекун: \_\_\_\_\_ : фамилия: \_\_\_\_\_ имя

\_\_\_\_\_ : удостоверение личности: \_\_\_\_\_ адрес

**:Заявляю**

После того, как мне были разъяснены на доступном мне языке медицинские показатели, различные возможности лечения, возможные последствия лечения в вашем учреждении, настоящим выдается согласие на необходимое лечение

Также дается согласие на то, что любой врач или должностное лицо в больнице предоставит медицинское и другое необходимое лечение, или то, которое сотрудник больницы сочтет необходимым во время лечения и госпитализации, в соответствии с обстоятельствами болезни

\_\_\_\_\_ : Дата: \_\_\_\_\_ больной: \_\_\_\_\_ родственник \ опекун

\_\_\_\_\_ : Подписано в моем присутствии

\_\_\_\_\_ : должность: \_\_\_\_\_ имя

