

**Информированное добровольное согласие  
на оказание психиатрической помощи**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, проживающий по адресу  
\_\_\_\_\_ (*указывается в случае проживания не по месту*

*регистрации)*

в отношении \_\_\_\_\_ (*ФИО пациента при*  
*подписании согласия законным представителем*), \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ (*в случае проживания не по месту жительства*  
*законного представителя*)

В соответствии с ч. 1 ст. 4, ч. 1 ст. 11 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» согласен на оказание психиатрической помощи врачом ООО «ЛЮМОС» \_\_\_\_\_.

Информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах доведена в доступной форме. С особенностями названного медицинского вмешательства ознакомлен и получил(а) информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, побочных эффектах, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

\_\_\_\_\_ (*подпись*) \_\_\_\_\_ (*Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, телефон*)

\_\_\_\_\_ (*подпись врача*)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. (*дата оформления*)