

**Информированное добровольное согласие
на оказание психиатрической помощи**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя), _____ 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 (дата рождения пациента при подписании законным представителем), 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» Плаван В.Л.

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) _____ Плаван В.Л.

" _____ " _____ (дата оформления) _____ г.