

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

