

Разрешение

Я, _____,
_____, дата рождения _____,
проживающая по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____,
серия _____, номер _____,
кем выдан _____

дата выдачи _____
являюсь законным представителем несовершеннолетнего (ей) _____

находящимся в Государственном бюджетном учреждении «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера» Московского района города Нижнего Новгорода.

Настоящим разрешаю ГКУ СРЦН «Вера»:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию;
- проводить осмотр врачом-психиатром, а при необходимости госпитализировать в психиатрическую больницу;
- проводить осмотр врачом-наркологом и проведение медицинской экспертизы на наличие ПАВ.

Срок разрешения _____

« _____ » _____ 20 _____ год.

Подпись/расшифровка _____ / _____