

**Информированное добровольное согласие
на обязательное психиатрическое освидетельствование**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

даю своё согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

" _____ " _____ 20 _____ года.

Подпись пациента: _____

Расписался в моем присутствии:

Врач психиатр, психиатр-нарколог _____

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)