الموافقة على إعادة تأهيل مريض داخلي لعلاج الإدمان
لشخص دون سن 18 عامًا

إسم العائلة للمريض	الإسم الأول	الحرف الأول من الإسم الأوسط
رقم الحالة		
المنشأة	الوحدة	

قم بإعداد نسخة واحدة (1) لسجل حالة المريض.

التعليمات:

أوافق أنا، الموقع أدناه، بموجب هذه الوثيقة على علاج المريض المحدد أعلاه في المنشأة المذكورة أعلاه. وأفهم أنه سيتم تسكينه في الوحدة المفتوحة وسيُعالج مع مرضى بالغين وسيخضع لقواعد المنشأة. وأفهم أن له الحق في إخراج نفسه من المنشأة المذكورة أعلاه في أي وقت. أفهم كذلك أنه قد يحصل على تصاريح لمغادرة المنشأة وقد يتم إخراجه من المنشأة بقرار من مدير المنشأة بناءً على الحكم السريري لطاقتهم العمل.

(توقيع ولي الأمر/الوصي، إذا لزم الأمر)

(اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة)

(صلة القرابة بالمريض)

(التاريخ)