טופס הסכמה להורים לאבחון וטיפול נפשי, לרבות טיפול תרופתי על פי הצורך, ביחידה פסיכיאטריה לילד ולמתבגר במרכז הרפואי סוראסקי ת"א.

אנו ההורים:

הורה 1: ת.ז:

הורה 2: ת.ז:

הוריו של (שם מלא): ת.ז:

מאשרים אבחון/טיפול במחלקה לטיפול יום ילדים ונוער.

תאריך:

חתימת הורה 1: חתימת הורה 2: