

当前用药（类型和剂量）：

紧急用药（如有）：

本人证明当事人符合以下自愿入院标准：

- 该伤残人士患有精神疾病；
- 该精神疾病需要照护或治疗干预；
- 该伤残人士了解申请要求入院的性质；
- 该伤残人士能够就收治入院给予持续的知情同意；且
- 该伤残人士能够要求出院。

- 本人证明，该伤残人士有能力执行自愿收治入院申请。
- 本人证明，该伤残人士理解自愿入院标准和申请出院的程序。
- 本证明所需的各项医学检查是在签署前 1 周内进行的。
- 本人在该伤残人士（伤残情况已得到证明）申请收治入院的专有机构中，不存在通过所有权或补偿获得的经济利益。
- 本人与该伤残人士或其监护人没有血缘关系或婚姻关系。
- 如果该伤残人士年龄在 65 岁或以上，正在寻求收治于州立机构，并且老年评估小组已经确定，没有适合该伤残人士所需限制性更低的照护或治疗形式。

许可：

- 本人特此证明，根据《马里兰州注释法典》第 14 条“健康职业条款”的规定，本人已获得在马里兰州行医的许可。
- 本人特此证明，根据《马里兰州注释法典》第 18 条“健康职业条款”的规定，本人已获得在马里兰州精神科执业的许可；或
- 本人特此证明，根据《马里兰州注释法典》第 8 条“健康职业条款”的规定，本人已获得在马里兰州精神科执业护士执业的许可。

日期：_____ 时间：_____

医生、精神科医生或精神科护士执业护士签名_____