本人申请书

____姓名____，_性别_，身份证号：_____，出生日期：_____，经精神科医生诊断为“易性症”。本人了解这是一种性别身份严重颠倒性状态，并且无法逆转，了解首先可以通过心理疏导、异装与化妆、以及激素替代等方法缓解性别焦虑状态，但经尝试仍未能如愿；了解性别重置手术可能是最后唯一的实现自我接纳的可行方法，并且对手术可能达到的效果及可能出现的并发症也充分了解，最终决定申请接受性别重置手术。特此申明。

签名：

日期：

父母知情同意声明

本人 __姓名__，身份证号：_____，与_____为母子关系，了解儿子处于“易性症”状态，了解这是一种性别身份严重颠倒性状态，并且无法逆转，了解并曾经尝试通过心理疏导、异装与化妆、以及激素替代等方法仍无法使儿子实现自我接纳，缓解由此而产生的焦虑和抑郁症状。本人了解性别重置手术可能是最后唯一的能够帮助儿子实现自我接纳的可行方法，并且对手术可能达到的效果及可能出现的并发症也充分了解，最终决定同意儿子接受性别重置手术。特此申明。

签名：

日期：

父母同意书

声明人：_____　___年___月___日
公民身份证号码：_____

我是_____（公民身份证号码：_____）的__父/母亲__，我知道孩子患有易性症，现孩子希望通过手术的方式解决，我了解手术的不可逆性，对手术出现的风险能够理解和接受。

声明人：_____