



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ 20 _____ года рождения, зарегистрированный(ого)
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ 20 _____ года рождения, зарегистрированный(ого)
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

контактный номер телефона: _____
(гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи

