Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 54 часть 2 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЭ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящим, я доверяю медицинскому персоналу ГБУЗ «Городская поликлиника №114»: выполнять медицинские мероприятия при проведении медицинского осмотра (профилактического, предварительного, периодического) в объеме, предусмотренном Приказом М3 РФ.

Я,_____
ФИО

Законный представитель_____
ФИО ребенка

В доступной для меня форме получил(а) полную информацию по объему обследования, о возможных последствиях медицинских вмешательств.

Я извещен(а) о необходимости выполнять назначения врача, о любом ухудшении самочувствия немедленно сообщать лечащему врачу.

Я, имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы по проведению медицинского осмотра, получал(а) на них удовлетворительный ответ.

С предложенным планом обследования согласен(а).

Дата «_____ »_____ 202 _ г.

Подпись пациента или его законного представителя _____

Подпись лечащего врач