

Информированное добровольное согласие на участие обучающегося(ихся) и (или) медицинского(их) работника(ов) сторонней(их) медицинской(их) организации(й) в оказании гражданину медицинской помощи или отказ от него

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

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (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)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

действуя свободно, своей волей, в интересах своих (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий:

в соответствии с частью 9 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое добровольное согласие на оказание(отказываюсь от оказания) _____ мне

_____ (указывается нужное)
медицинской помощи лицом(ами), обучающимся(ися) в _____

_____ (указывается полное официальное наименование образовательной медицинской организации)

по профессиональным образовательным программам медицинского образования (далее - обучающийся(еся), под контролем медицинского(их) работника(ов), занимающего(их) штатную(ые) должность(и) в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

даю свое добровольное согласие на оказание (отказываюсь от оказания) _____
(указывается нужное)

мне медицинской помощи медицинским(ими) работником(ами) сторонней(их) медицинской(их) организации(й), работником(ами) кафедры _____;

_____ (указывается полное официальное наименование медицинской организации)

даю свое добровольное согласие на использование (отказываюсь от использования) _____ в научных целях сведений о

_____ (указывается нужное)

состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) и результатов лечения.

Мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) разъяснено и понятно мое (его) право на отказ от участия указанных лиц в оказании мне (ему) медицинской помощи.

«__» _____ 20__ года _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
(дата оформления) (подпись гражданина или законного представителя гражданина)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с участием указанных лиц в оказании пациенту медицинской помощи, и дал на них исчерпывающие ответы. Настоящий документ подписан пациентом (законным представителем пациента) в моем присутствии.

«__» _____ 20__ года _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача и его должность)
(дата оформления) (подпись лечащего врача)