

Информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра.

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу : _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического (периодического) медицинского осмотра, в объеме, предусмотренном нормативными документами МЗ РФ и МЗ РХ, предложенное мне (гражданину, чьим законным представителем я являюсь) (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающего по адресу : _____
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

_____ ,
осуществляемое в ГБУЗ РХ « Саяногорская МБ »

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского осмотра, представлен перечень исследований, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений и перечень осмотров врачами-специалистами.

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 2019 г.
(дата оформления)