

**Информированное добровольное согласие на прием (осмотр, консультацию)
врача-акушера-гинеколога (в том числе детского)**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие **на прием (осмотр, консультацию) врача - акушера - гинеколога (в том числе детского)**, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в Государственном учреждении «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом-акушером-гинекологом

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от приема (осмотра, консультации врача-акушера-гинеколога (в том числе детского)).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (дата оформления)

« _____ » _____ г.

**Информированное добровольное согласие на прием (осмотр, консультацию)
врача-акушера-гинеколога (в том числе детского)**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие **на прием (осмотр, консультацию) врача - акушера - гинеколога (в том числе детского)**, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в Государственном учреждении «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом-акушером-гинекологом

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от приема (осмотра, консультации врача-акушера-гинеколога (в том числе детского)).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (дата оформления)

« _____ » _____ г.