Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____

(Ф. И. О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

«_____» _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

_____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определённых 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____

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

«_____» _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____

_____

первичной медико-санитарной помощи ООО «Стоматология М»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф. И. О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

_____