

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

(фамилия, имя, отчество — полностью)

года рождения, проживающий (ая) по адресу:

являюсь законным представителем (мать, отец, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

14. Лечебная физкультура.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

« _____ » 20 _____ года. Подпись пациента / законного представителя

Мне понятно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, выполняющих медицинские вмешательства, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Удостоверяю, что текст настоящего добровольного согласия мной лично прочитан, я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, понятно назначение информированного согласия пациента на медицинское вмешательство и добровольно подтверждаю свое согласие на обследование и лечение в предложенном мне объеме в медицинской организации ООО «Капиллум»

ФИО пациента

«____» _____ 20____ года. Подпись пациента / законного представителя

Врач

(Должность, ФИО медицинского работника)

Дата оформления «____» _____ 20____ года

По устному запросу пациент может получить копию данного документа.