

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении  
определенного вида медицинского вмешательства**

Я,

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт:

\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_, являюсь  
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, полечитель) ребенка или лица,  
признанного недееспособным:

ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

(Для представителя, действующего по доверенности: Доверенность

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

медицинское вмешательство \_\_\_\_\_

наименование вида медицинского вмешательства

Медицинским работником \_\_\_\_\_

должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

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

Подпись, Ф.И.О. врача

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия