

Директору ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост»
Н.Ю. Савченко

от _____
_____ фамилия
_____ имя
_____ отчество

проживающего (ей) по адресу:

ТЕЛ. _____

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских
вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санаторной помощи
(возраст обучающегося старше 18 лет)**

Я, _____
(Ф.И.О.)

« ____ » _____ г.р., проживающий (-ая) по адресу: _____

(адрес)

(контактный телефон)

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств при оказании первичной медико-санаторной, неотложной и скорой медицинской помощи в медицинской организации. Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информированное добровольное согласие действительно на период обучения в ГАУ ДО ТО РЦДППВ «Аванпост» с «01» сентября 2026 г. по « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(Ф.И.О)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 2026г.
(дата оформления добровольного информированного согласия)