Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в ПМЦ «Златоуст»

Я, 🗸	,		
(Ф.И.О. гражданина в возрасте старше 15 лет или одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя) ✓"" г. рождения, проживающий(-ая) по адресу: ✓			
		при оказании первичной медико-санитарн организации: ООО «Антониус Медицинским работником	(Ф.И.О. несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, год рождения ребенка) пой, неотложной и скорой медицинской помощи в медицинской Медвизион Калуга – Скорая помощь».
		медицинским раоотником	(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
	цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития пьтаты оказания медицинской помощи.		
	гься от одного или нескольких видов медицинских вмешательств за исключением случаев, когда медицинские вмешательства и.		
информирован по указанному мною те	казании неотложной и скорой медицинской помощи я буду лефону. В случае невозможности связаться со мной и при енку решение об объеме и виде медицинского вмешательства нной медицинской организации.		
Сведения о выбранных мною лицах, которы (состоянии здоровья лица, законным предст	ым может быть передана информация о состоянии моего здоровья гавителем которого я являюсь)		
(Ф.И.	.О. гражданина, контактный телефон)		
	действительно на срок пребывания ребенка в ПМЦ «Златоуст» с		
√ ""20 г. до ""	20 г.		
√			
(подпись)	(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)		
(подпись)	(Ф.И.О. медицинского работника)		
√" " 20 F			
√ ""20 Γ.			

(дата оформления)