Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

_____

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

«_____» _____ 20____ г. рождения, проживающий по

адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*

Я отказываюсь от передачи и выгрузки в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) данных о моём здоровье, оказанных мне услугах и факте обращения за медицинской помощью в ООО «ТЕРАПЕВТ» (ОГРН 1132370001587 ИНН 2370003225)

_____

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

проживающему по адресу: _____

(адрес места жительства гражд(анина, от имени которого выступает законный представитель)

Медицинское вмешательство _____

(наименование медицинского вмешательства)

№ п/п	Дата обращения	Медицинское вмешательство	Подпись

№ п/п	Дата обращения	Медицинское вмешательство	Подпись