

## Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) получателя социальных услуг)

даю согласие на оказание в амбулаторных условиях:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи по лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии;
- первичной врачебной медико-санитарной помощи по педиатрии;
- первичной специализированной медико-санитарной помощи по физиотерапии

получателю социальных услуг \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения получателя социальных услуг)

Я подтверждаю, что проинформирован(а) о возможных методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, осложнениях и последствиях отказа от вышеперечисленных видов медицинской помощи.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
подпись