



СМ-Клиника Санкт-Петербург (ООО "Меди ком")  
(полное наименование лечебно-профилактического учреждения)  
**Информированное добровольное согласие пациента  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

серия: номер: \_\_\_\_\_  
(паспорт серия, номер) (кем выдан, дата выдачи)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью и дата рождения ребенка или недееспособного гражданина – полностью)  
года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

\_\_\_\_\_ (указать вид медицинского вмешательства)

Лечащим врачом \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)  
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от вышеуказанного медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне понятен смысл всех терминов. У меня была возможность задавать любые вопросы, на все вопросы мною получены исчерпывающие ответы.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления: