

## Согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина, либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, дата рождения, при подписании согласия законным представителем)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи даю 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-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н проведение мне консультации (осмотра, опроса) в АУ «Управление спортивных сооружений Республики Марий Эл» Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В ходе консультации, по усмотрению врача, может быть произведен опрос с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье (анамнез), осмотр, простукивание, простукивание внутренних органов, обследование с помощью фонендоскопа, тонометра, термометра и прочее. По окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения и прочее на усмотрение врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)