

**Информированное добровольное согласие на участие обучающегося(ихся) в оказании
гражданину медицинской помощи или отказ от него**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
действую свободно, своей волей, в интересах своих (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий:

в соответствии с частью 9 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое добровольное согласие на участие в оказании медицинской помощи (отказываюсь от участия в оказании) _____

_____ мне

_____ (указывается нужное)

медицинской помощи лицом(ами), обучающимся(ися) в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

по профессиональным образовательным программам медицинского образования (далее - обучающийся(еся), под контролем медицинского(их) работника(ов), занимающего(их) штатную(ые) должность(и) в Университетской клинике федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

даю свое добровольное согласие на использование (отказываюсь от использования) _____ в научных целях сведений о

_____ (указывается нужное)

состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) и результатов лечения.

Мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) разъяснено и понятно мое (его) право на отказ от участия указанных лиц в оказании мне (ему) медицинской помощи.

« ____ » _____ 20 ____ года
(дата оформления)

(подпись гражданина или
законного представителя
гражданина)

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

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с участием указанных лиц в оказании пациенту медицинской помощи, и дал на них исчерпывающие ответы. Настоящий документ подписан пациентом (законным представителем пациента) в моем присутствии.

« ____ » _____ 20 ____ года
(дата оформления)

(подпись лечащего врача)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии) лечащего врача и его
должность)