

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Иркутской области
областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Иркутская городская детская поликлиника № 6» (ОГБУЗ «ИГДП № 6»)
улица Академическая, дом 60, город Иркутск, Иркутская область, 664056

Форма утверждена приказом главного врача ОГБУЗ «ИГДП № 6» от 19 марта 2020 года № 32/п (приложение № 1 к приказу)

**Информированное добровольное согласие пациента / законного представителя пациента
на участие в оказании медицинской помощи (услуг) обучающихся по профессиональным
образовательным программам медицинского образования
/Отказ пациента / законного представителя пациента от оказания медицинской помощи
обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования**

На основании части 9 статьи 21 «Выбор врача и медицинской организации» Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) (далее - Закон № 323-ФЗ) я, законный представитель несовершеннолетнего/ несовершеннолетний в возрасте старше 15 лет, проинформирован о том, что участие в оказании мне медицинской помощи (услуг) в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования может производиться только с моего согласия.

Информация о пациенте заполняется законным представителем несовершеннолетнего/ несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет:

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
фамилия, имя, отчество законного представителя несовершеннолетнего/ несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет
_____, _____ года, _____,
пол: мужской / женский дата / число, месяц, год/ рождения адрес места жительства

даю информированное добровольное согласие на участие студентов / или отказываюсь от участия студентов
нужное подчеркнуть

наименование образовательной организации

ФИО обучающихся, принимающих участие в оказании медицинской помощи (услуг)
в оказании мне _____ 20 _____ года (дата: число, месяц, год) медицинской помощи (услуг) в рамках
практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского
образования.

_____ 20 _____ года
дата: число, месяц, год

подпись

ФИО законного представителя пациента /пациента