



Ф.И.О. пациента:
Сопровождающий:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
ПОЛУЧЕНИЕ РЕБЕНКОМ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ В ПЕРИОД ПОВЫШЕННОЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства)

или законный представитель ребенка

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес места жительства)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

представляющий интересы ребенка, *з.р.*, _____
зарегистрирован по адресу: _____

в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на получение ребенком плановой медицинской помощи в стационарных условиях в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией covid-19 в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Врач-психиатр в доступной для меня форме разъяснил(а) необходимость оказания ребенку стационарной медицинской помощи в плановой форме в период повышенной заболеваемости населения города Москвы новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

О рисках получения медицинской помощи с учетом санитарно-эпидемической обстановки проинформирован(а). На получение медицинской помощи согласен(на).

Дата:

✓ _____ /

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ

ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ» _____ /