

**Информированное согласие**

с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи  
при выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя),  
дата рождения \_\_\_\_\_ г., подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской  
(число, месяц, год)  
организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской  
организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей педиатров,  
врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством  
граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания  
(врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.  
Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае  
отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов,  
подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

\_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)