

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)