



**Общество с ограниченной ответственностью  
«МЕДИЦИНСКИЙ DI ЦЕНТР»**

413100, Саратовская область, г. Энгельс, ул. М. Горького, д. 26. ОГРН 1056414903709, ИНН 6449034126 / КПП 644901001  
Р/с 40702810207620002062 в Энгельсском филиале ЗАО «Экономбанк» г. Саратов К/с 30101810100000000722, БИК  
04631172, тел.: (845-3)75-98-98, факс: (845-3)75-98-98

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство в отношении определенного вида медицинского  
вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя  
даю информированное добровольное согласие на предложенное в ООО «Медицинский DI  
Центр» мне, моему ребенку, не достигшему возраста 15 лет, лицу, чьим законным  
представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка, не достигшего возраста 15 лет, лица, от имени которого, выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ адрес ребенка, не достигшего возраста 15 лет, лица, от имени которого, выступает законный представитель

медицинское вмешательство \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ наименование вида медицинского вмешательства

Медицинским \_\_\_\_\_ работником

\_\_\_\_\_ должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия