

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

Я, _____
« _____ » _____ г. рождения, проживающий(ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне в **ООО «Центр
кольпоскопии и цервикальной патологии»**, расположенном по адресу: г.Краснодар,
проспект Чекистов 42, 306-307 медицинское вмешательство: _____

медицинским работником _____
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 _____

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника _____

« _____ » _____ Г.
Дата оформления информированного добровольного согласия