

Согласие на госпитализацию несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек»

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)
даю информированное добровольное согласие на госпитализацию несовершеннолетнего

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)
родителем/законным представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек» (далее – Центр) для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)
(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) в МДЦ «Артек»)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Центра для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи или потребовать ее прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)