

Принято в работу
Приказом главного врача
ГБУЗ МО «МОЦОМД»
№ 270 от «31» августа 2022г.
(Приложение № 4)

СОГЛАСИЕ

на получение плановой медицинской помощи в стационарных условиях на период обострения эпидемиологической ситуации, обусловленной распространением заболевания COVID-19

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии с частью 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) медицинским работником ГБУЗ МО «МОЦОМД»

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

о необходимости проведения мне плановой госпитализации в период обострения эпидемиологической ситуации, обусловленной распространением заболевания COVID-19. По результатам осмотра и оценки состояния моего здоровья и установленном мне диагнозе медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснена возможность оказания мне медицинской помощи в стационарных условиях, после чего я выражаю свое согласие на:

- получение медицинской помощи в стационарных условиях в медицинской организации ГБУЗ МО «МОЦОМД»

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _____ " _____ 20__ г.

_____ (дата оформления)