Приложение 4

**Информированное добровольное согласие (отказ)**

**на участие обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в рамках практической подготовки в оказании**

**медицинской помощи**

**в ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича»**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО родителя (законного представителя ребенка) или ребенка старше 15 лет)*

при оказании ребенку, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО ребенка, дата рождения)*

законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи даю информированное добровольное **согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** или **отказ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(нужное подчеркнуть)*

на участие обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в рамках практической подготовки в ГБУЗ «Детская республиканская больница им. И.Н.Григовича».

Мне разъяснено и понятно мое право на отказ от участия обучающихся в оказании медицинской помощи моему ребенку, мне (*для* *ребенка старше 15 лет)*.

Законный представитель ребенка (*или ребенок старше 15 лет)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( подпись)*

Информация доведена:

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО* *медицинского работника)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*подпись)* |
|  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_