

**Информированное согласие  
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при  
выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
(число, месяц, год)

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИ.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИ.О. медицинского работника)

Дата оформления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.