Информированное добровольное СОГЛАСИЕ на простое медицинское вмешательство пациенту

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**(Ф.И.О. ребенка, дата рождения, адрес проживания)**.

**даю согласие** на проведение простых медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (Подпись) (расшифровка подписи)

Основание: статья 44 Закона Республики Беларусь 18июня.2011г.№2435- ΧΙΙ«О здравоохранении».Согласие на оказание медицинской помощи. Отметка о согласии на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах. Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство.