Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Образец для вёрстки страницы направления. Заменить настоящей формой клиники.

Я, _____, получил(а) в доступной форме информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах вмешательства, о последствиях и ожидаемых результатах, и добровольно соглашаюсь на предложенное медицинское вмешательство.

Дата, подпись пациента или законного представителя

Подпись врача