

Согласие пациента на осуществление ухода ближайшим родственником, законным представителем или иным лицом

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

В отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ при получении медицинской помощи в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» даю информированное добровольное согласие на осуществление ухода ближайшим родственником, законным представителем или иным лицом (привлекаемым ближайшим родственником или законным представителем)

Я уведомлён(а), о том, что круглосуточный доступ ближайшего родственника, законного представителя или иного лица (привлекаемого ближайшим родственником или законным представителем) для осуществления ухода осуществляется на безвозмездной основе (без дополнительной оплаты), с учетом соблюдения требований санитарно-эпидемиологического режима.

Я согласен(а) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицам, осуществляющим уход.

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

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

« ____ » _____ г.

(дата оформления)