

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «23» 08 2023 г. № 198

**Заявление Пациента (законного представителя Пациента)  
об отказе от участия обучающихся - аспирантов Учреждения  
в оказании медицинской помощи**

Я, Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

медицинская карта Пациента № \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

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

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ являюсь  
законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента,  
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

находясь на лечении (обследовании) в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России и пользуясь своим правом, предусмотренным п. 9 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от участия обучающихся - аспирантов Учреждения в рамках практической подготовки в оказании мне медицинской помощи

название медицинского вмешательства

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя Пациента)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г