

потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

ФИО полностью гражданина, контактный

телефон ФИО полностью гражданина,

контактный телефон

(подпись)

ФИО полностью родителя/законного представителя, контактный телефон

(подпись)

ФИО полностью медицинского работника

« _____ » _____ 2026 года
Дата оформления согласия

*) – Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется в случае, если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства.

**) – Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446.