

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской
государственный медицинский университет»
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России)**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание медицинской помощи с участием обучающихся
по основным профессиональным образовательным программам и
дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи**

Я, _____ Возраст _____
(Фамилия, имя, отчество пациента)

Зарегистрированному(ой) по адресу: _____

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающимся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в «ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России».

Я проинформирован(а) и даю свое согласие на участие обучающихся в оказании мне (представляемому) медицинской помощи.

Мне разъяснено и понятно мое право на отказ от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи.

Информация доведена медицинским работником: _____
(фамилия, инициалы врача) _____
подпись

(подпись пациента)

(Ф.И.О. разборчиво)