**Согласие**

**гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы**

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)

 года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

и проживающий (-ая) по адресу:

,

(адрес места жительства гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)

паспорт: серия № , выдан

,

(кем выдан, дата)

даю согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы меня /

направление на проведение медико-социальной экспертизы гражданина *(нужное подчеркнуть)*

,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

 года рождения, законным / уполномоченным представителем которого

я являюсь *(нужное подчеркнуть)*,

в **Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Челябинской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации**

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина).

Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы с личным присутствием (очно) / без личного присутствия (заочно) *(нужное подчеркнуть).*

Лечащим врачом (заведующим отделением) *(нужное подчеркнуть)*

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

медицинской организации **ГБУЗ детская городская клиническая больница №7**

(полное наименование медицинской организации)

мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную экспертизу в целях

 . (указать цель направления на медико-социальную экспертизу).

Мне разъяснен порядок проведения медико-социальной экспертизы, включая методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия рекомендуемых реабилитационных мероприятий. Разъяснено, что

я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, отказаться от направления на медико-социальную экспертизу, а также имею право отказаться от выполнения составленной мне в ходе медико-социальной экспертизы программы дополнительного обследования и от получения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) путем подачи в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) заявления в простой письменной форме.

Также мне разъяснено, что согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации,

а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

 Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы **в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением** / в форме электронного документа с использованием информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (*нужное подчеркнуть*).

Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина6:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного)

представителя гражданина)

(адрес места жительства законного (уполномоченного) представителя

гражданина)

(подпись гражданина либо (расшифровка подписи)

его законного (уполномоченного) представителя)

(подпись лечащего врача/ (расшифровка подписи)

заведующего отделением медицинской организации)

« » 20 г.

(дата)