

**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 _____

СНИЛС _____ (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 *(нужное отметить)*

с личным присутствием	<input type="checkbox"/>	без личного присутствия	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

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 _____

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 *(нужное отметить, возможны несколько способов)*

<input type="checkbox"/> по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством коротких текстовых сообщений	<input type="checkbox"/> в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением	<input type="checkbox"/> в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»
--	---	--

Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина:

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

(адрес места жительства законного (уполномоченного) представителя гражданина)

(подпись гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)

(расшифровка подписи)

(подпись лечащего врача/заведующего отделением медицинской организации)

(расшифровка подписи)

«_____» _____ 20____ г.