

СОГЛАСИЕ

Дата _____ и время _____

Я, (имя и фамилия) _____, согласен/согласна с:

- a. осмотром всего тела, включая половые органы да нет
- b. взятием анализов для диагностики заболеваний да нет
- c. сбором судебно-медицинских доказательных материалов да нет
- d. взятием проб мочи и крови для проведения анализов на наркотические средства да нет
- e. фотографированием повреждений в медицинских целях и для возможного процесса расследования да нет
- f. передачей полиции доказательного материала, связанного со мной, и информации обо мне (включая медицинские данные, связанные только со случившимся) да нет
- g. передачей связанной со мной информации (включая фотографии) другим специалистам в интересах моего лечения/поддержки/защиты да нет

Связанное с этими действиями мне понятно объяснил(а)
..... (специалист, имя и фамилия).

Я осведомлён/осведомлена о том, что:

- могу отказаться от освидетельствования на любом его этапе,
- полученные неперсонифицированные данные используются для сбора статистических данных и как материал для системы науки и образования.

Подпись пациента/законного представителя пациента

Дата