

**Согласие пациента на его посещение в период лечения в стационаре НИИ КПССЗ**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО),

находясь на лечении в отделении \_\_\_\_\_ Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (НИИ КПССЗ), в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 19.08.2020 №869н «Об утверждении общих требований к организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинских организациях...»

даю свое согласие на посещение меня (представляемого) в палате отделения следующим гражданам:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ФИО)

С Правилами посещения пациентов в НИИ КПССЗ, в том числе в его клинических отделениях, я ознакомлен.

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ (ФИО)