

	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

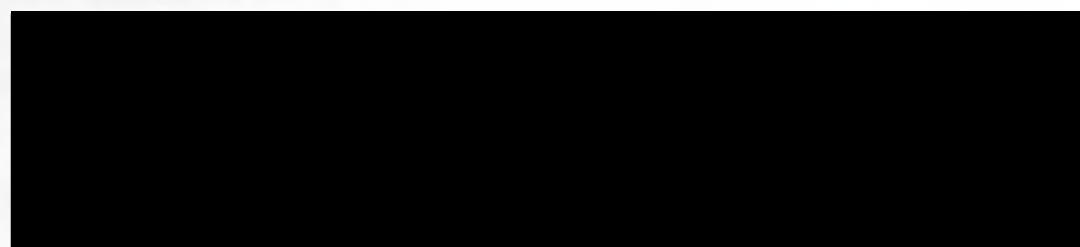
Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

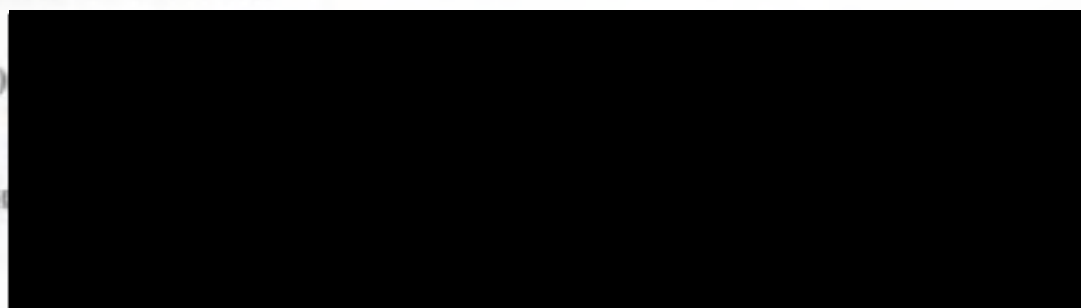
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подпи



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

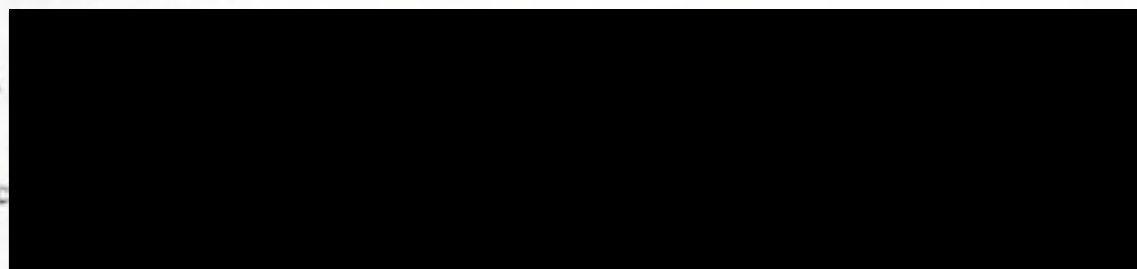
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпис



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

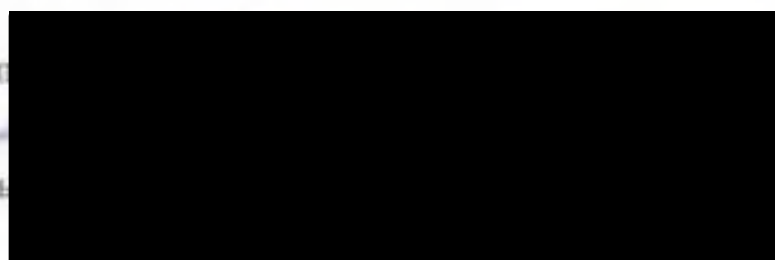
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. п

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

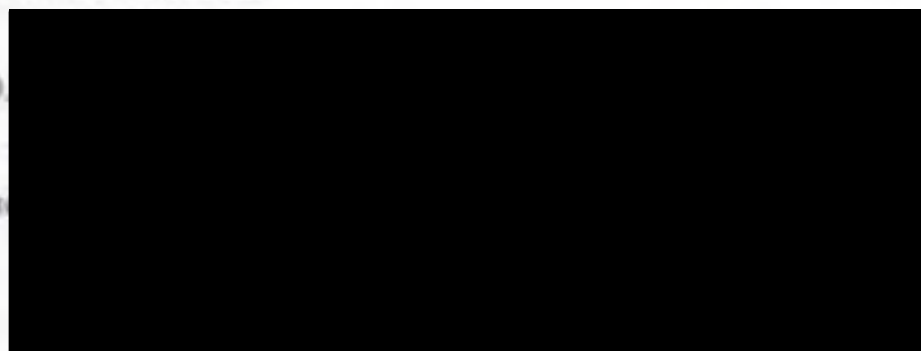
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпи



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. 

Дата

Подпись

	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. п

Дата

Подпись

	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

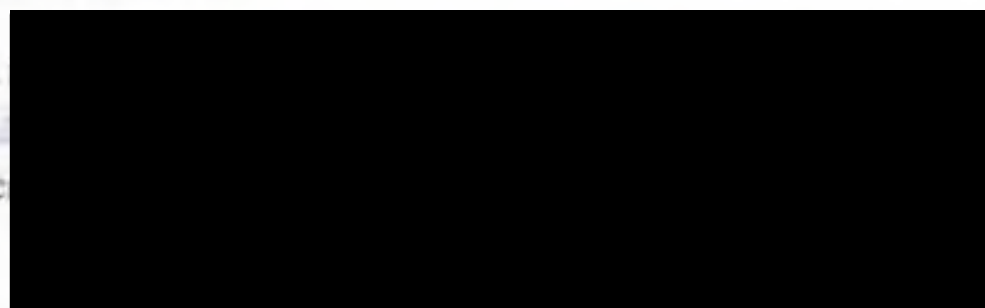
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпис



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

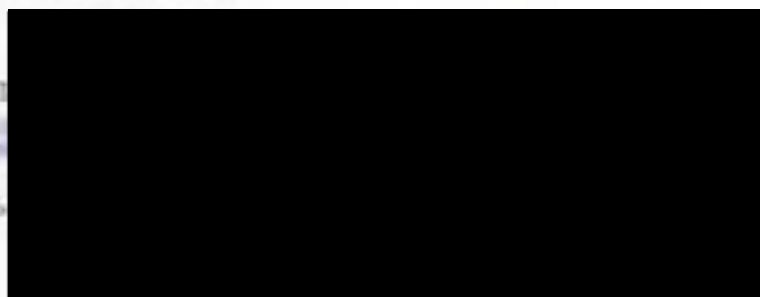
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. п

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

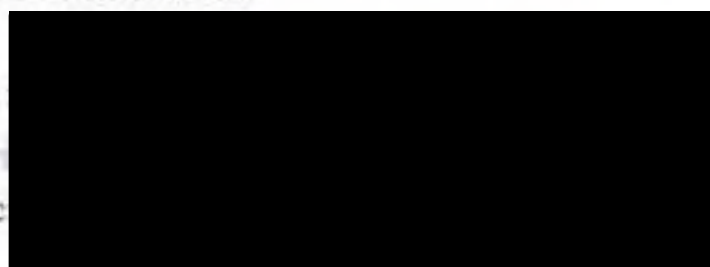
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпис



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

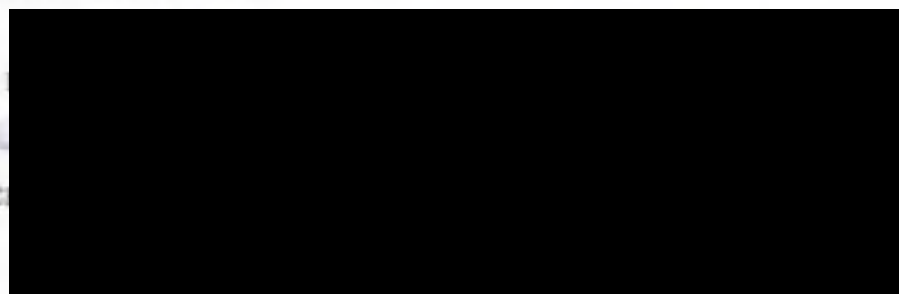
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпис



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпись

	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

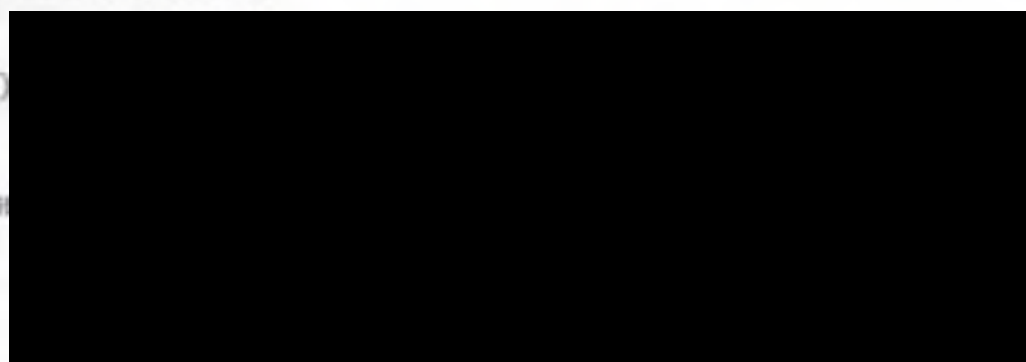
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подпи



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

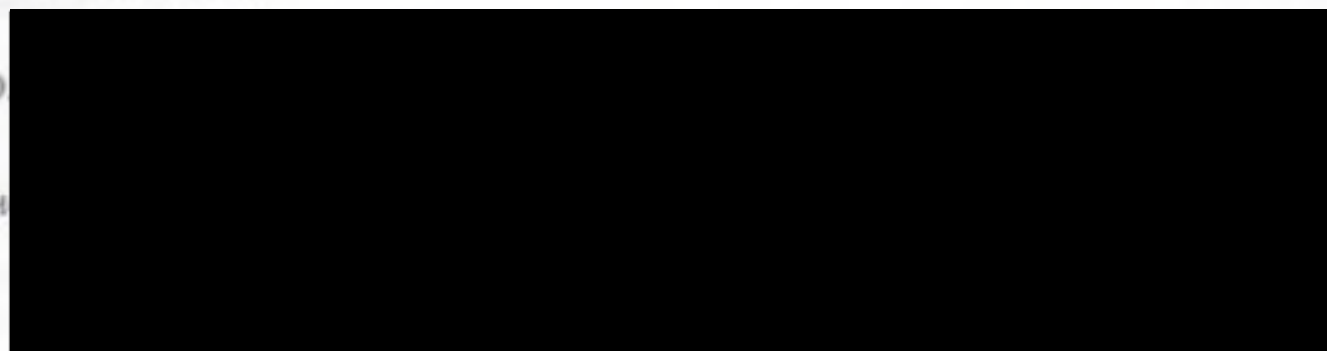
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подпи



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

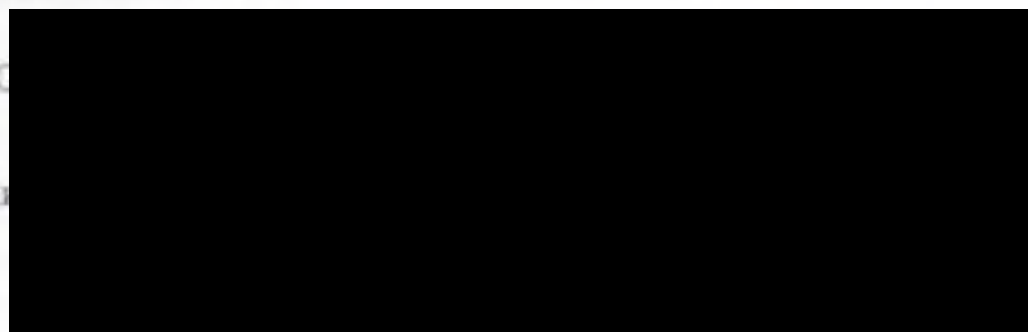
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подпи



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

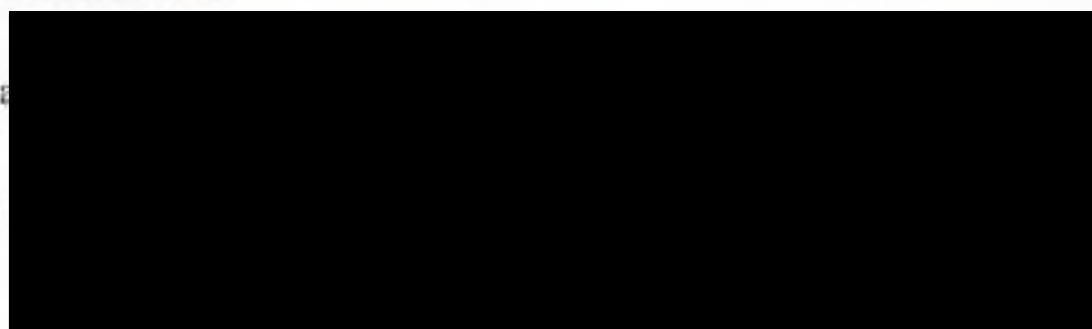
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. па

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

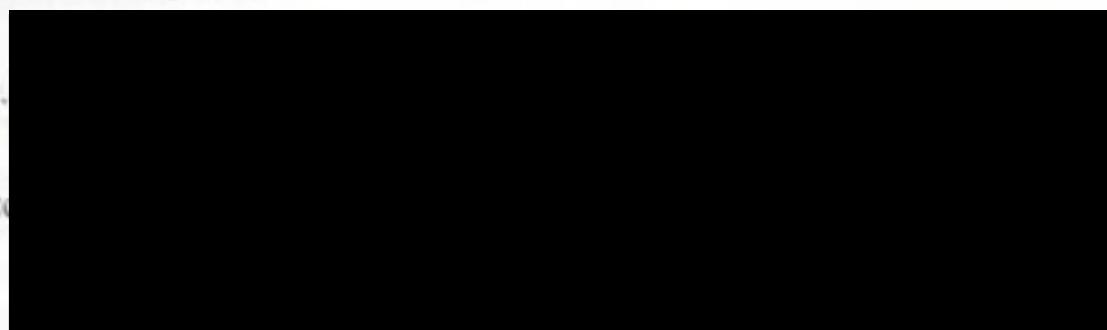
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

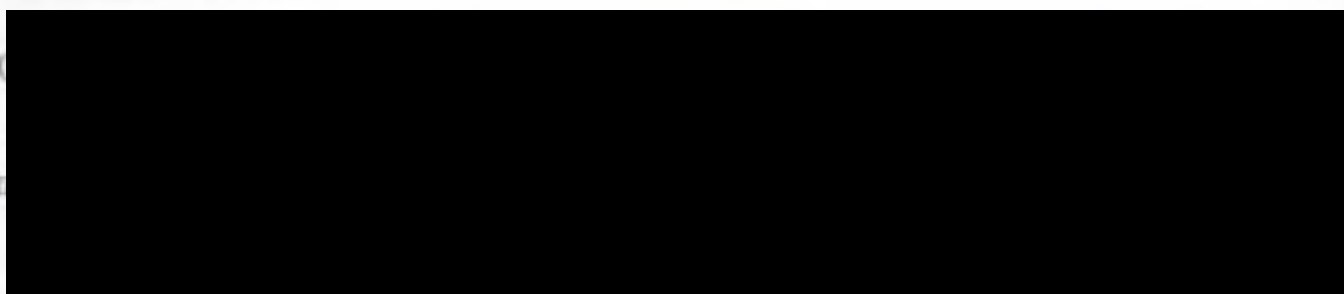
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подп



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

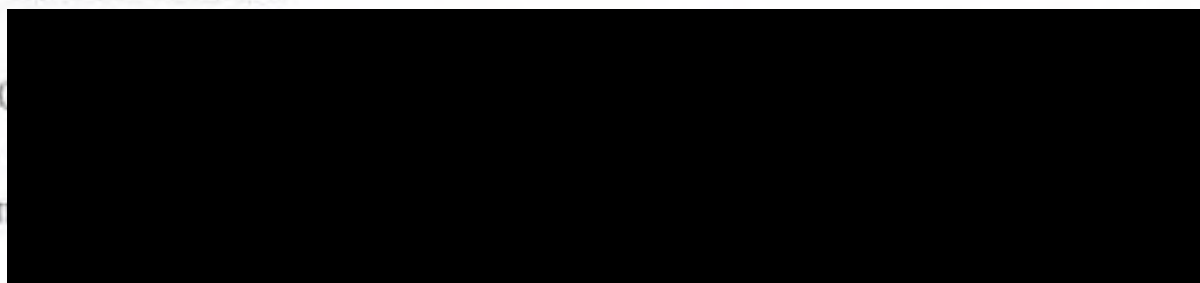
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подп



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

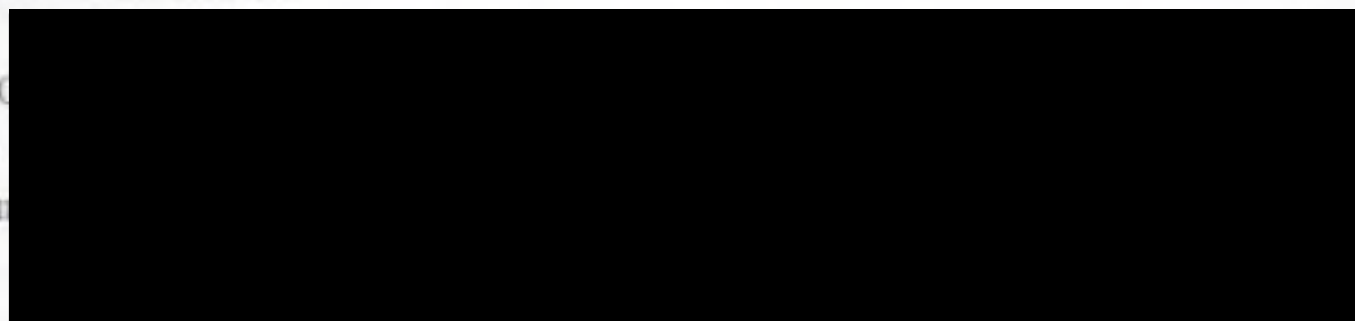
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подп



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.

Дата

Подп.

	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

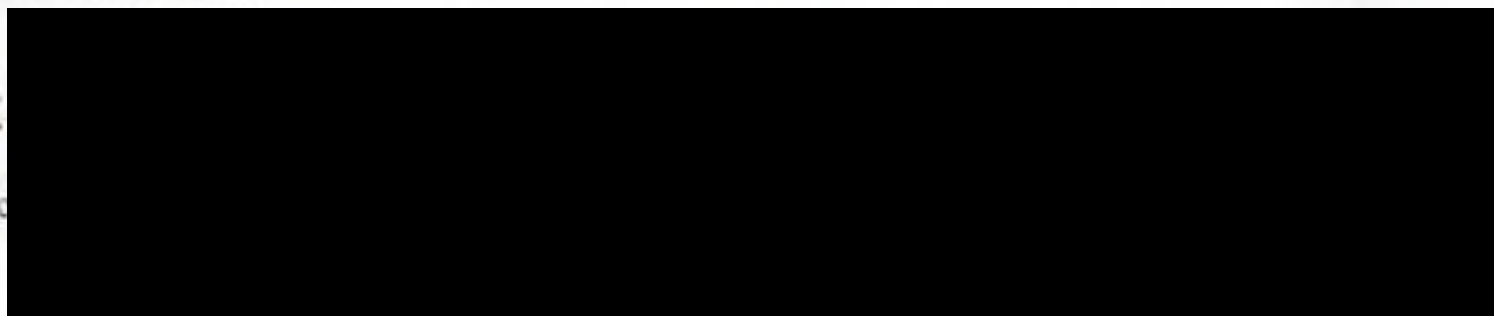
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

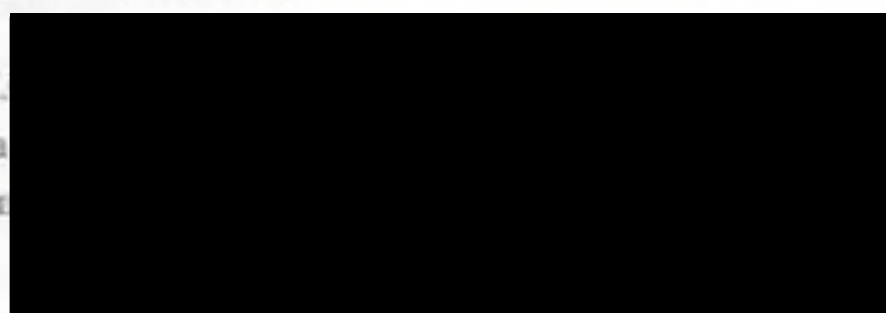
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.

Дата

Подп



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

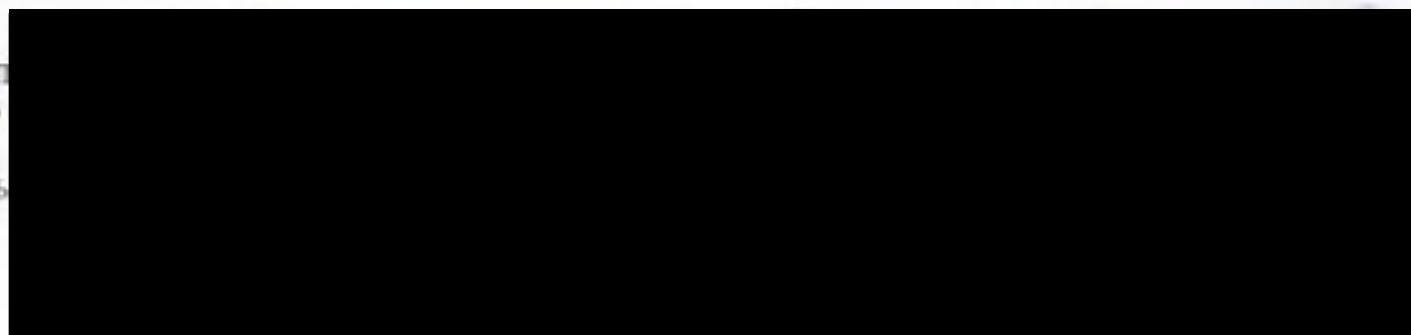
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. п

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

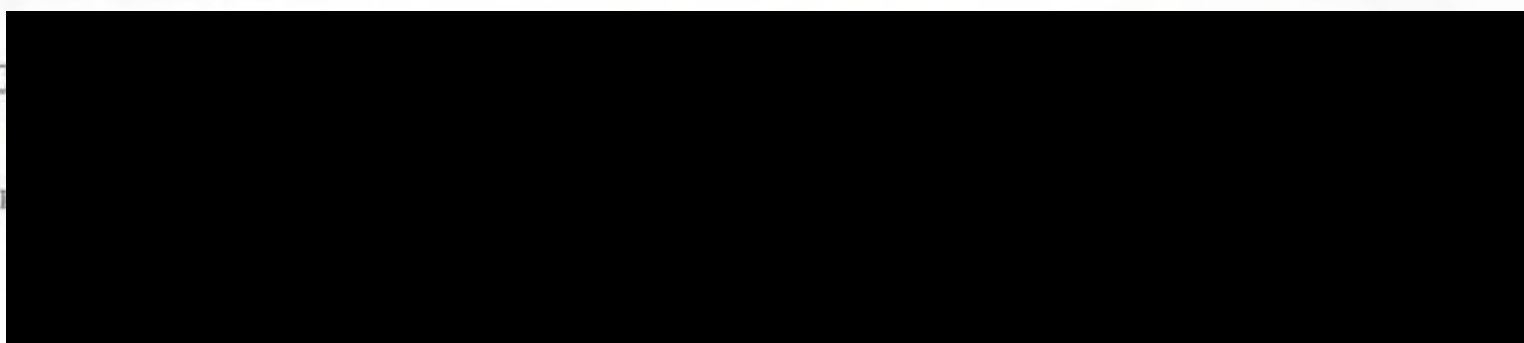
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О

Дата

Подпи



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

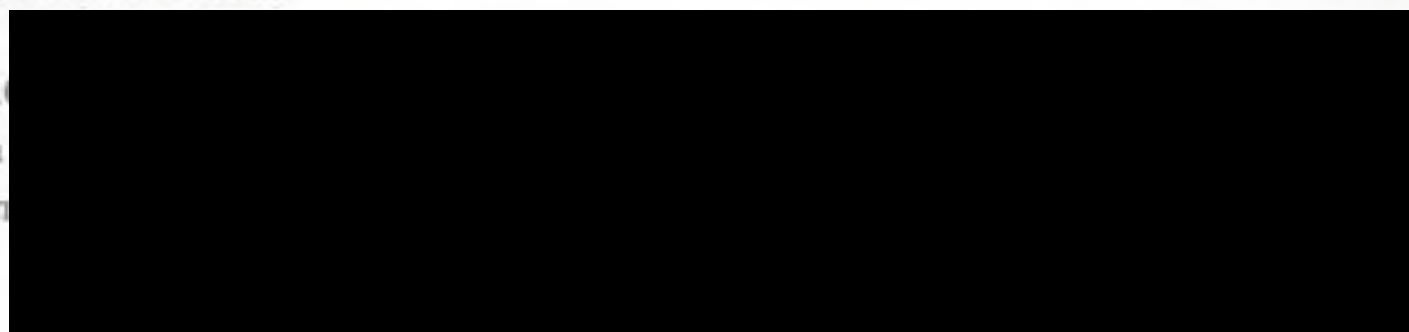
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подп



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

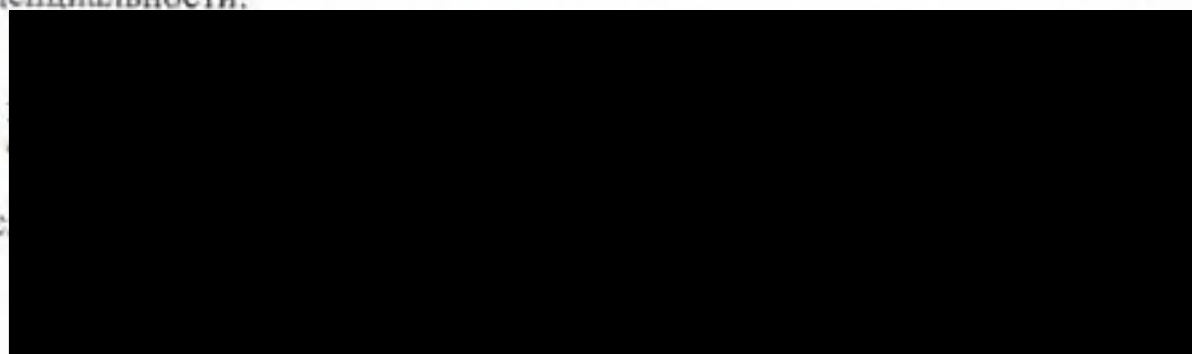
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпис



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

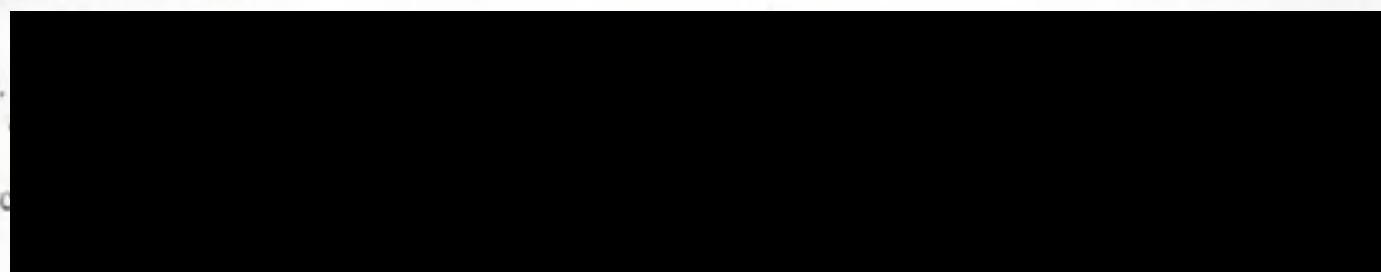
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О.

Дата

Подпись



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.
Я был осведомлен о следующем:

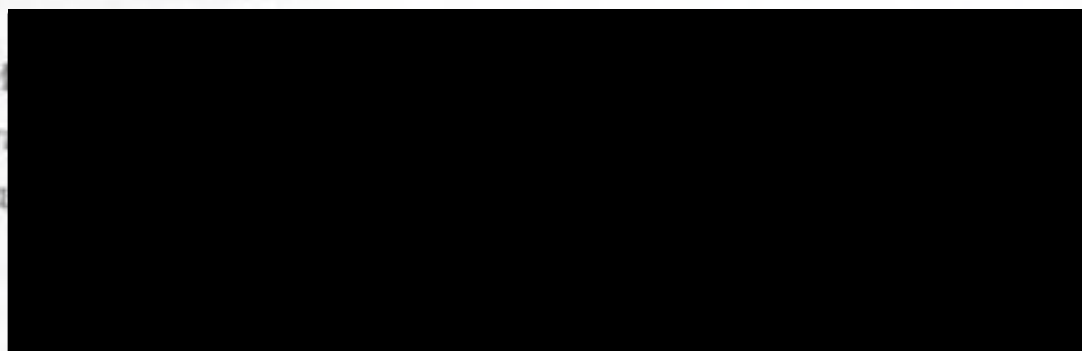
- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.

Дат

Под



	дальнейшее медицинское обслуживание.
В случае экстренной необходимости обращайтесь	Врачу травматологу, проводящему исследование – Бокембаев Нурлан Акрашевич сот. телефон 87770654978

Информированное Согласие пациента со статической деформацией переднего отдела стопы.

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании, которая проводится травматологами-ортопедами кафедры Травматологии и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»

В частности, врачу травматологу-ортопеду Бокембаеву Нурлану Акрашевичу.

Я был осведомлен о следующем:

- Название научного исследования;
- Цель данного исследования
- Методы и продолжительность исследования
- Процедуры, которым нужно следовать в данном научном исследовании
- Возможные прогнозируемые риски
- Ожидаемая польза от проведенного исследования

Мною в письменном виде была получена вышеуказанная информация и даны ответы на все мои вопросы. Я даю согласие на просмотр моей медицинской карты врачами, задействованными в исследовании, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в научном исследовании на любом этапе. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были использованы для обработки результатов исследования, при сохранении конфиденциальности.

Ф.И.О. п

Дата

Подпись

