

ООО «Центр оперативной офтальмологии»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ВКЛЮЧЕННОЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Центр оперативной офтальмологии» том числе: _____

выполняемых медицинским работником _____ в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04. 12 г N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи, а также не возражаю против использования технических средств в целях контроля полноты и качества проводимых / оказываемых услуг в ООО «Центр оперативной офтальмологии».

Медицинским работником врачом-офтальмологом _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели (диагностика и лечение заболеваний глаза и его придаточного аппарата), методы оказания медицинской помощи (оказание первичной медико-санитарной помощи будет осуществляться согласно порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 902н), связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, побочных эффектов в виде временного снижения зрения, засветов, бликов и других оптических эффектов, аллергических реакций при использовании диагностических лекарственных средств путем инстилляций или аппликации в виде отека, покраснения, появления папулло-пустулезной сыпи, отека Квинке и коллапса, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

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

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

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ Г.
(дата оформления)