

ООО «Центр красоты и здоровья Прайм Бьюти»
Адрес: 630005 г. Новосибирск,
ул. Николая Островского, д. 120, пом. 45-58
Тел.: +7(960) 792 78 76
ИНН: 5406899803
ОГРН: 1185476041134

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (Ф.И.О. (при наличии)
гражданина либо законного представителя),
« ____ » _____ г. рождения (дата рождения гражданина либо законного
представителя),
зарегистрированный(ая) по адресу _____,
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 в ООО «Центр красоты и
здоровья Прайм Бьюти».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный
с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность
развития осложнений, 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».

**Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с
пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего
здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том
числе после смерти:**

V

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

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

V

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата оформления « ____ » _____ 20 ____ г.