Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

{ФамилияИмяОтчество}

_____

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

{ДатаРождения} г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

{АдресРегистрации}

проживающий по адресу: в отношении

_____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

_____

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

«__» _____г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписания 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

_____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **{Врач.ФамилияИмяОтчество}**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 2011г. № 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:

_____

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

_____

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

_____ {ФамилияИмяОтчество}, {Телефоны}

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

_____ **{Врач.ФамилияИмяОтчество}**

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

{ТекущаяДата} г.
(дата оформления)