Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

R,	
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо закон	ного представителя)
() (дата рождения гражданина либо законного представителя)	г. рождения,
зарегистрированный по адресу:	
(адрес регистрации гражданина ли	бо законного представителя)
проживающий по адресу:	месту регистрации)
контактный телефон	
в отношении	
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании со	гласия законным представителем)
	г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)	
проживающего по адресу:	
(в случае проживания не по месту жи	тельства 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, в детском оздоровительном лагере "Авангард" на базе структурного подразделения общеобразовательного государственного бюджетного **учреждения** Архангельской области «Архангельский Губернаторский морской кадетский корпус имени Адмирала Флота Советского Союза Н.Г. Кузнецова работником медицинским

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

ત્ર,	
(фамилия, им:	я, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
〈	г. рождения,
(дата рождения гражданина либ	
арегистрированный г	ю адресу:
	(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адре	
	(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
онтактный телефон	
з отношении	
	пество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
(г. рождения,
	подписании законным представителем)
проживающего по адр	ecv.
грозинального по идр	(n annual manual na na Macri Multani atna sakalwara mataranyara

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, в детском оздоровительном лагере "Авангард" на базе структурного подразделения обшеобразовательного бюджетного государственного **учреждения** Архангельской области «Архангельский Губернаторский морской кадетский корпус имени Адмирала Флота Советского Союза Н.Г. Кузнецова работником медицинским

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т. ч. вероятность развития медицинских вмешательств, их последствия, в т. ч. вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать прекращения, за исключением случаев, потребовать прекращения, его (их) его (иx) за исключением предусмотренных ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах предусмотренных ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п.5ч.5ст.19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об в соответствии с п.5ч.5ст.19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица. законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти: представителем которого я являюсь, в том числе после смерти: работникам работникам ГБОУ АО «АГМКК» ГБОУ АО «АГМКК» (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) телефон) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) телефон) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) его законного представителя, телефон) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) работника) ____» ____ г. (дата оформления) (дата оформления)