

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

« _____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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

контактный телефон _____

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

« _____ » _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(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, в детском оздоровительном лагере "Авангард" на базе структурного подразделения государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Архангельской области «Архангельский Губернаторский морской кадетский корпус имени Адмирала Флота Советского Союза Н.Г. Кузнецова медицинским _____

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

« _____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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

контактный телефон _____

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

« _____ » _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(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, в детском оздоровительном лагере "Авангард" на базе структурного подразделения государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Архангельской области «Архангельский Губернаторский морской кадетский корпус имени Адмирала Флота Советского Союза Н.Г. Кузнецова медицинским _____

(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 т. ч. 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 ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти: работникам ГБОУ АО «АГМКК»

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)	
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)	
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
«____» _____ г. (дата оформления)	

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т. ч. 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 ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти: работникам ГБОУ АО «АГМКК»

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)	
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)	
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
«____» _____ г. (дата оформления)	

|