

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (шаяся),

(ФИО полностью) \_\_\_\_\_,

Проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_,

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 (16) лет или недееспособных граждан.**

**Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, попечитель, опекун)**

**ФИО полностью** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи **мне/лицу, законным представителем которого я являюсь** (*нужное подчеркнуть*),

в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, Ф. И. О. 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

**Я СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН** (*нужное подчеркнуть*) получать информацию о своем заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения/заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения лица, законным представителем которого я являюсь.

Сведения о 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/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), в том числе после смерти:

**ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ/ЗДОРОВЬЯ ЛИЦА, ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ КОТОРОГО Я ЯВЛЯЮСЬ** (*нужное подчеркнуть*) **РАЗРЕШАЮ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ:**

1. ФИО \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

2. ФИО \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

**Подписано в моем присутствии:**

\_\_\_\_\_ (подпись работника ООО «Неболит» Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата)

