

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)

