



## УВЕДОМЛЕНИЕ

### о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

ООО «ДеВита», в соответствии с п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

√ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента (заказчика)) (подпись)

Приложение к договору № \_\_\_\_\_  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

√ Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

√ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, 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, утвержденной 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 ООО «ДеВита» 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которым в соответствии в пункте 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

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

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

√ \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

√ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.