

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

по адресу:

(адрес регистрации 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
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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. N 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 _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(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 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому
(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19

Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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:

_____ (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)