

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.(полностью) Потребителя/Заказчика \_\_\_\_\_ Дата рождения Потребителя/Заказчика \_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства гражданина либо законного представителя

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

в отношении: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью) Потребителя при подписании согласия законным представителем \_\_\_\_\_ Дата рождения Потребителя \_\_\_\_\_

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

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 (ненужное зачеркнуть) в ООО \_\_\_\_\_

медицинским работником: \_\_\_\_\_  
Должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ним 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 ч.9 ст.20 ФЗ от 21 ноября 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.5 ч.5 ст.19 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 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) \_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника \_\_\_\_\_ Дата оформления согласия \_\_\_\_\_