

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« _____ » _____ 20 _____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____ (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)
« _____ » _____ 20 _____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: _____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
контактный номер телефона: _____ (гражданина или 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. № 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 ИП Мешанихина Е. В.

Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, 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), 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 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 с расшифровкой пациента (представителя): _____ (_____)

Должность медицинского работника: _____

Ф.И.О. медицинского работника: _____ Подпись: _____

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.