

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 первично медико-санитарной помощи

Я, _____,
(ФИО, год рождения гражданина)

зарегистрированный по адресу _____

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 РФ от 23.04.2012 г. №390-н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 05.05.2012 №24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации (заполняется на момент медицинского вмешательства))

Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т.ч. 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 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства РФ, 2011 №48, ст. 6724; 2012 №26 ст. 3442, 3446).

Информация о моем состоянии может быть в соответствии с п. 5 ч.3 ст.19 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» передана*

_____ (ФИО гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (ФИО гражданина)

_____ (подпись)

_____ (ФИО медицинского работника)

« ____ » _____ Г.**
(дата оформления)

* Указывается, как правило, тренер команды

** Дата оформления ставится при наступлении случая медицинского вмешательства