

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 Обществе с ограниченной ответственностью «ДЕЛЬФИН». 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. 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 с расшифровкой пациента (представителя): (_____) Должность медицинского работника:
Ф.И.О. медицинского работника: _____ Подпись: _____ Дата: « _____ » 20 _____ г.