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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | |
| «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, | | |
| зарегистрированный по адресу: | |  |
|  | | (адрес места жительства гражданина либо 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Медицинском центре АО «Научно-производственная корпорация «Уралвагонзавод»

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф.И.О. 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) | | | | |
|  | |  |  | |
| (подпись) | | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) | | |
|  | |  |  | |
| (подпись) | | (Ф.И.О. медицинского работника) | | |
|  | | | |  |
| «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» | г. | | |  |
|  | (дата оформления) | | |  |