Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,включенных в Перечень определенных видов мед.вмешательств,на кооторые граждане дают согласие при выборе врача и медицинской организации.

Я,ФИО пациента, паспорт Номер паспорта пациента Серия паспорта пациента

Адрес места жительства пациента

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,проводимых включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которыеграждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинскойорганизации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказомМинистерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая2012 г. № 24082) (далее— Перечень), для получения первичной медико-санитарнойпомощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителемкоторого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

вНаименование организации Должность текущего пользователя ФИО текущего пользователя

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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 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, телефон,подпись)

_____(Ф. И. О.законного представителя,подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника,подпись)

Текущая дата