

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ "___" _____ г. рождения,

(Ф.И.О. (гражданина либо законного представителя))

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации 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 <1> (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 _____ Медицинским работником _____
(полное наименование медицинской организации) (должность, Ф.И.О. медицинского работника, врача)

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".

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

"___" _____ г.

(дата оформления)