

Информированное добровольное согласие

на виды медицинских вмешательств, включенных 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, _____
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)
« _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу:

_____ (адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (ф.и.о. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

_____ (адрес ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)
первичной медико-санитарной помощи в _____

_____ (наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____ (Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

_____ (подпись)

_____ (ф.и.о. гражданина, одного из родителей, законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (ф.и.о. медицинского работника)

« _____ » _____ г.

(Дата оформления информированного добровольного согласия)