

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, **Иванов Иван Иванович** ← ФИО пациента

« **XX** » **XXXXXX** **XXXX** ← Дата рождения пациента (Ф. И. О. гражданина) года рождения, зарегистрированный по адресу:

г. Москва, ул. Ленина, д. 5, кв. 1 ← Адрес регистрации пациента
(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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для

получения первичной медико-санитарной помощи получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

в **Общество с ограниченной ответственностью «Новая Медицина»**
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **врачом-терапевтом Никифоровым Алексеем Николаевичем** ← специальность и ФИО консультирующего врача
(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. № 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 о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь

Иванов Иван Иванович **+7(903)0000000** ← ФИО и номер телефона пациента
(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

ПОДПИСЬ **Иванов Иван Иванович**
(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Никифоров Алексей Николаевич
(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)
← Подпись и ФИО пациента
← Подпись врача
← ФИО врача

« **XX** » **XXXXXXX** 20 **XX** г.
(дата оформления)