

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное 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 2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ГОАУЗ "Мурманский областной центр лечебной физкультуры и спортивной медицины"

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

в допустимой для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты развития осложнений, а также 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 г., № 48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 состояние лица, законным представителем которого я являюсь (не нужно 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)