

к Договору № _____ от _____
на оказание платных медицинских
услуг

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина
либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту
регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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 ООО Семейная клиника «Наш доктор на Жмайлова»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)
в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21
ноября 2011 г. N 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) и иные сведения, составляющие врачебную тайну:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ Г.
(дата оформления)