

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ Г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ *(адрес регистрации гражданина или законного представителя)*

Проживающий(ая) 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. № 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 (ненужное зачеркнуть) в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника № 2 города Сочи» Министерства здравоохранения Краснодарского края**

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, включенным в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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), в том числе после смерти:

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

(подпись)

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

(подпись)

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

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)