

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

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

_____ *(адрес регистрации законного представителя)*
проживающий по адресу:

в отношении

_____ *(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)*
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
_____ *(адрес регистрации пациента)*

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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

в _____
(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 лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

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

_____ *(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)