

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство*

я, Степанова Светлана Ивановна
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« 10 » апреля 1979 г. рождения,

проживающий по адресу:

г. Москва, ул. Южная, д. 19, к. 3, кв. 110
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Степанова Александра Сергеевна
(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу:

г. Москва, ул. Южная, д. 19, к. 3, кв. 110
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в

_____ (наименование медицинской организации)

Медицинским работником

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

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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»**. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Светлана Степанова Светлана Ивановна
(подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« 14 » марта 2017 г.
(дата оформления)

* Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется в случае если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства.

** Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446.