

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств при получении медицинской
помощи**

(в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н Зарегистрировано в Минюсте России 28 июня 2013 г. N 28924)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина полностью)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень (см.обратную сторону) 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082),

- для получения первичной медико-санитарной помощи
- получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ Общество с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум»

Медицинским работником _____
(ФИО , должность, подпись)

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"(Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (Ф.И.О.гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)