

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ « _____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя отчество (при наличии) законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____ « _____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
проживающего по адресу: _____
(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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в Обществе с ограниченной ответственностью «Семейная стоматология», 186038, Мурманск, пр-т Ленина, 85, Свидетельство серия 51 № 001620941 выдано ИФНС России по г. Мурманску, Лицензии № ЛО-51-01-001163 от 10.06.2014г. выданная МЗ г. Мурманск.
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. № 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

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

(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя телефон)

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

" _____ " _____ г.
(дата оформления)