



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ого)  
*(дата рождения гражданина либо законного представителя)*

по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

В ОТНОШЕНИИ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ого)  
*(дата рождения гражданина либо законного представителя)*

по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)*

контактный номер телефона: \_\_\_\_\_  
*(гражданина или 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/получения первичной медико-санитарной помощи

лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)  
в **Обществе с ограниченной ответственностью «Никор-2».**

Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, 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. 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), в том числе после смерти:

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

Подпись с расшифровкой пациента (представителя):

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Должность медицинского работника: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.