|  |
| --- |
| **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** |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, накоторые граждане дают информированное добровольное согласие при выбореврача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарнойпомощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социальногоразвития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / полученияпервичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которогоя являюсь (ненужное зачеркнуть) в |
| ГБУЗ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ "ПРИМОРСКАЯ ЦРБ" |
| (полное наименование медицинской организации) |
| Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |
| в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинскойпомощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а такжепредполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, чтоя имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинскихвмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения,за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федеральногозакона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан вРоссийской 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 5части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Обосновах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть переданаинформация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законнымпредставителем 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) |
| Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |