

**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, _____
Ф.И.О. пациента или одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
" ____ " ____ . ____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

_____ адрес пациента или одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
контактный телефон _____

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств себе или моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь,

_____ Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает представитель

« _ » ____ . ____ года рождения, проживающего по адресу: _____

_____ фактический адрес проживания ребенка

при оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи в **ОАУЗ «Новгородский
врачебно-физкультурный диспансер».**

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, 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 (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 апреля 2012 г. № 390н г. Москва «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»), 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48. ст. 6724; 2012, № 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. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

_____ Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя,
иного законного представителя

_____ подпись

_____ Ф.И.О. медицинского работника

_____ подпись

" ____ " _____ 201__ г.

дата оформления добровольного информированного согласия