

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, _____ года
рождения, паспорт _____, выдан _____,
зарегистрированный _____ по
адресу _____

, _____ проживающий(ая) _____ по _____ адресу

в соответствии со ст.20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявлением выражаю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе 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 РФ от 12.11.2021г . № 1051 " об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства , формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства " при оказании мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств , включенных 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 , утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390н , для получения первичной медико -санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____ (должность , фамилия, имя , отчество 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 (, ст 20 ФЗ от 21ноября 2001г № 323 -ФЗ " Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации"

Сведения о выбранном мною лице , которому в соответствии с пунктом 5 часть 5 ст 19 ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья :

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

_____ (подпись) (фамилия , имя , отчество) гражданина

_____ (подпись) (фамилия , имя , отчество медицинского работника
" _____ " _____ 20__ г.

Пациент _____

Исполнитель _____