

*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 ФИО родителя (опекуна)  
(ФИО гражданина)  
«дата рождения родителя (опекуна)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития 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 / получения медико - санитарной помощи лицом, законным представителем, которого, я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ДСОК „Немчунине России“

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником Не заполнять  
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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской 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 5, части 3, 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 состояния лица, законным представителем которого, я являюсь (ненужное зачеркнуть).

ФИО ребенка

(ФИО гражданина, контактный телефон)

✓

✓

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Не заполнять

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

201 г.