

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – *полностью*)
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, являясь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – *полностью*, год рождения)

будучи полностью осведомлён (-на) в доступной для меня форме о заболевании и опасностях, которые оно создаёт для здоровья и жизни, руководствуясь разъяснениями врача ООО «Добрый Доктор» о сути медицинского вмешательства, его целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, последствиях отказа от медицинского вмешательства, осознанно и добровольно выражаю своё согласие на медицинское вмешательство по оказанию плановой и неотложной медицинской помощи.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, меня ознакомили со всеми фактами, касающимися сути и особенностей оказания мне (или лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи.

Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом №390н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. (*далее Перечень*), на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь) в ООО «Добрый Доктор».

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, утвержденный приказом №390н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г., или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 323-ФЗ.

Я информирован (-а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья 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)

Я утверждаю, что всё вышеперечисленное мною прочитано и полностью осмыслено, и я понимаю, что данная информация влечёт за собой правовые последствия. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в присутствии врача ООО «Добрый Доктор».

“ _____ ” _____ 20 _____

Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Должность, Ф.И.О.)

Подпись

X