

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет/, несовершеннолетний старше 15 лет) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет) 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 медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ККБОФ «Альбатрос». Я информирован и осознаю 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. № 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 5 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/состоянии лица, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

Подпись