

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи

Я, _____,
Паспорт гражданина Российской Федерации Серия _____ № _____, Выдан _____
проживающий по адресу: _____

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка или лица признанного недееспособным:</p> <p>_____</p> <p>(Фамилия, Имя, Отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p>

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, санаторно-курортном лечении/получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, санаторно-курортном лечении лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

ГБУ ЯНАО «РЦ «Большой Тараскуль», расположенного по адресу 625058, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Сказочная, 26,
Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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. Необходимость других методов обследования и лечения будет разъяснена мне дополнительно. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, 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».

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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

Контактный телефон(-ы): _____

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (Ф. И. О. медицинского работника)