Общество с ограниченной ответственностью «МЕДСТАЙЛ»,
Адрес: НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г. БЕРДСК, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, Д. 4, ИНН 5473016616, ОГРН 1245400027905
адрес: kda_nsk@mail.ru тел. +79130022054

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«___» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя) проживающий по адресу:
_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) в отношении
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«___» _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО «МЕДСТАЙЛ»** (полное наименование медицинской организации) Медицинским работником
_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____ /_____/
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ /_____/
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«___» _____ _____ г.
(дата оформления)