

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я,

(Ф.И.О. Пациента полностью)

года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу

(Адрес регистрации или места жительства Пациента)

на основании документа, удостоверяющего личность Паспорт РФ

(Вид документа, серия и номер)

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО "Медицинский центр Гиппократ"** (далее Клиника).
Вид медицинской услуги в соответствии с договором:

Медицинским работником

(Должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено о состоянии моего здоровья, 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” (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

(Ф.И.О. Пациента, контактный телефон)

медицинским работником, что я удостоверяю своей подписью:

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента полностью)

(подпись)

(Ф.И.О. Медицинского работника)

«_____» _____ 20__ г.