

{логотип_64px}

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
МК № {№_карточки_пациента}**

Я, {фио_пациента}, Д.р.: {дата_рождения_пациента}, Тел.: {моб._телефон_пациента}, зарегистрированный по адресу: {адрес_регистрации_пациента}
(проживающий по адресу: {адрес_пациента})

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)

{полное_наименование_клиники} ({огрн_клиники}, {инн_клиники})/{кпп_клиники})

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником {_фио_врача_(сокращенное)}

(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:

(ФИО выбранного лица):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

{фио_пациента_(сокращенное)}

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

{_фио_врача_(сокращенное)}

(Ф.И.О. медицинского работника)