

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Приложение № 2 к приказу Минздрава от 12.11.2021 № 1051 н

Я, \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,

(Ф.И.О. (при наличии) гражданина либо законного представителя)

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: \_\_\_\_\_

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту регистрации 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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских услуг, включенные в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО Клиника «Мари»**.

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. 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 РФ». Я не скрываю от врача никакой информации о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья лица, в отношении которого я являюсь законным представителем) и впоследствии не буду иметь никаких претензий к лечащему врачу и ООО Клиника «Мари».

Я информирован(а) о том, что вся необходимая мне медицинская помощь может быть мне предоставлена в рамках программы ОМС без дополнительной оплаты, но прошу по моему желанию оказать мне медицинскую помощь в организации, которую я выбрал самостоятельно, в клинике с оплатой медицинских услуг согласно условиям договора.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 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)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.