

ООО «Клиника дерматокосметологии» ИНН: 4826137888, ОГРН: 1194827001445

Адрес: 398050 г. Липецк ул. Октябрьская 70. помещение 2

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательствоЯ, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)«__» _____ г. рождения, (дата рождения 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 пациента при подписании согласия законным представителем)«__» _____ г. рождения, (дата рождения пациента при подписании законным представителем)
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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (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 Общество с ограниченной ответственностью «Клиника дерматокосметологии» Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены причины, цели, методы оказания медицинской помощи, возможные варианты медицинских вмешательств, связанный с ними риск, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, вероятность изменения тактики и плана лечения, 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». Со мной обсуждены последствия отказа от медицинского вмешательства.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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:

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

«__» _____ г. (дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.