

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ года рождения

ФИО ГРАЖДАНИНА, ЛИБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ГРАЖДАНИНА ЛИБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

проживающий по адресу: _____

УКАЗЫВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ ПРОЖИВАНИЯ НЕ ПО МЕСТУ РЕГИСТРАЦИИ

в отношении _____ года рождения,

ФИО ПАЦИЕНТА ПРИ ПОДПИСАНИИ СОГЛАСИЯ 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО "ЭЛЬВИЗУС",

медицинским работником ВРАЧ-ОФТАЛЬМОЛОГ

ДОЛЖНОСТЬ, ФИО 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 смерти):

(ФИО ГРАЖДАНИНА, КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН)

(ФИО ГРАЖДАНИНА, КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН)

(ПОДПИСЬ)

(ФИО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ТЕЛЕФОН)

(ПОДПИСЬ)

(ФИО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА)