# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) |
| «  | »  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
| (дата рождения гражданина либо законного представителя) |
| (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, зарегистрированный по адресу: |
| (дата рождения пациента при подписании законным представителем) |
| (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 инфор- мированное 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. № 390н1 (далее — виды меди- цинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем ко-

|  |
| --- |
| торого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью  «Нео-Дент»  |
| (полное наименование медицинской организации) |
| Медицинским работником  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, свя- занный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том чис- ле вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицин- ских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключе- нием 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 состоя- нии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |
|  | «  | »  | г. |
|  |  | (дата оформления) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  «  | »  | г. |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | (дата оформления) |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |
|  | «  | »  | г. |
|  |  | (дата оформления) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  «  | »  | г. |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | (дата оформления) |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |
|  | «  | »  | г. |
|  |  | (дата оформления) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  «  | »  | г. |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | (дата оформления) |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |
|  | «  | »  | г. |
|  |  | (дата оформления) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  «  | »  | г. |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | (дата оформления) |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |
|  | «  | »  | г. |
|  |  | (дата оформления) |  |