

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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

Я, _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

« ____ » _____ года рождения, проживающий по адресу: _____

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств*), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное

зачеркнуть) _____

Ф.И.О. несовершеннолетнего, лица, от имени которого, выступает законный представитель

« ____ » _____ года рождения, проживающий по адресу: _____

адрес несовершеннолетнего, лица, от имени которого, выступает законный представитель

первичной медико-санитарной помощи в МАУ СШ №3 города Тюмени (Лицензия на осуществление медицинской деятельности учреждения) медицинским работником учреждения

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства (указать пункт(ы) из перечня видов медицинских вмешательств _____ от _____ которого отказались): _____

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

✓

Подпись, _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей (законного представителя)

Подпись, _____

Ф.И.О. медицинского работника

« ____ » _____ 20 ____ года