

**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, \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_\_, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения платных медицинских услуг / получения платных медицинских услуг лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинском центре “Здоровая семья” (ООО “Фармадек”).

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я получил(а) полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи. Настоящим я даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и обязуюсь их оплатить.

Я подтверждаю, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., контактный телефон)

Пациент ✓ \_\_\_\_\_ / Ф.И.О.пациента

Дата