Информированное доборовольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденное приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 г. № 1177н

Я, _____
_____ г. рождения, зарегитрированный по адресу:_____
даю информированое 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, утвержденные приказом Минздрава РФ от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом РФ от 05.05.2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО «ЕВРОМЕД»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (Собрание законодательств Р, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) (подпись)

_____ _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

Дата оформления «___»_____ г.

Информированное доборовольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденное приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 г. № 1177н

Я, _____
_____ г. рождения, зарегитрированный по адресу:_____
даю информированое 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, утвержденные приказом Минздрава РФ от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом РФ от 05.05.2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО «ЕВРОМЕД»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (Собрание законодательств Р, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) (подпись)

_____ _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

Дата оформления «___»_____ г.