Приложение № 2
к приказу № 18 от 01.04.2024 г.

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 или 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, проживающего по адресу _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителя)
_____
(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 МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в 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, фамилия, имя, отчество(при наличии) 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 Российской Федерации»

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____»_____г.
(дата оформления)