

Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я, _____, « _____ » _____ г.р., _____ зарегистрированный _____ по адресу _____ даю информированное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи, утвержденной 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), в ООО «КЛИНИК» в лице генерального директора Поцелуевой Юлии Сергеевны, и/или другого специалиста, работающего в ООО «КЛИНИК». В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги.

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 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 ст. 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 лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Подпись пациента _____ / _____ / Конт. Телефон _____

Подпись медицинского работника _____ / _____ /

« _____ » _____ 2017 года