

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА

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

Я, ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ

(Ф.И.О. гражданина)

"4 " Июнь 2009 года рождения

зарегистрированный (-ая) по адресу:

РОССИЯ, БАШКОРТОСТАН РЕСП, УФИМСКИЙ Р-Н, С/С КРАСНОЯРСКИЙ, СНТ РОМАШКА СНТ, д. 56, кв. 12

(адрес места жительства гражданина
либо 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 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 первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, ~~законным представителем которого я являюсь~~(ненужное зачеркнуть) в

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области "Городская поликлиника № 3"

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником ДЕРКАЧ МАКСИМ АНДРЕЕВИЧ

(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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

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

ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ

(подпись)

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

ДЕРКАЧ МАКСИМ АНДРЕЕВИЧ

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"15" Декабрь 2015 г.

(дата оформления)