

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо 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)

"__" _____ года рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень),

в медицинской службе ГБНОУ «Балтийский берег»

(полное наименование медицинской организации)

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 ноября 2011 г. N 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 ноября 2011г. 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), в том числе после смерти:

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

"__" _____ г.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, мед. работника)

Отказ от медицинского вмешательства

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" ____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в медицинской службе ГБНОУ «Балтийский берег» (полное наименование медицинской организации) отказываюсь от следующих видов 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

"__" ____ г.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (дата оформления)