



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации 400131, Российская Федерация, Волгоградская обл.,
г.Волгоград, пл. Павших Борцов,1.
ИНН 3444048472 КПП 344401001 ОКТМО 187011000
тел. (844-2) 38-50-05, факс (844-2) 55-17-70, e-mail: post@volgmed.ru

СКДЦ ВолГМУ
400078, г. Волгоград, ул. Герцена, д. 10, тел./факс (844-2) 73-09-23

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**,

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

«01» января 1963г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

паспорт серия 0101 номер 010101 выданный 01.01.2001 код подразделения 010101,
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,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на все 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 (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 Федеральном государственном бюджетном учреждении высшего образования Волгоградском государственном медицинском университете Стоматологическом клинико-диагностическом центре (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. № 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 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:

(подпись)

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

(подпись)

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, контактный телефон)

(подпись)

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

(подпись)

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

«31» августа 2023г.

(дата оформления)