

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(дата рождения гражданина)

_____ (адрес регистрации гражданина)

_____ (паспортные данные гражданина)
проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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)

_____ (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)

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

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

_____ 20__ г.