Общество с ограниченной ответственностью
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ - ДИАГНОСТИКИ «МЕДАР»
ЛИЦЕНЗИЯ № Л041-01021-66/00296465 от 23.12.2014 г.
Тел.: +7-343-328-18-38

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, **[ФИО заказчика]**,
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
[Дата рождения заказчика] г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: **[Адрес регистрации заказчика]**,
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: **[Адрес места жительства заказчика]**,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении **[ФИО потребителя]**,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
[Дата рождения потребителя] г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающий по адресу: **[Адрес места жительства потребителя]**,
(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. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»[1] (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

ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ-ДИАГНОСТИКИ "МЕДАР"
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **Неркарарьян Мариной Петровной**
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 (которых) 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:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

[ФИО заказчика]
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

Главный врач Неркарарян Марина Петровна
(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

[Дата сегодня]
(дата оформления)

[1] Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082