

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, **ФИО пациента**

(фамилия, имя, отчество гражданина)

Дата рождения пациента

(дата рождения гражданина)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

Адрес места жительства пациента

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: **Адрес места жительства пациента**

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 в Обществе с ограниченной ответственностью Центре Эстетической Медицины «Клуб красоты»

Медицинским работником **Врач (полностью)**

(должность, фамилия, имя, отчество 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 (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, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

ФИО пациента

Телефон пациента

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

ФИО пациента

Телефон пациента

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина, телефон)

Врач (полностью)

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

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