

# ООО «САВИОН»

руководствуясь: ст. 20 ФЗ-323 «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» и Федеральным законом "О защите прав потребителей".

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую, или лечебную цель допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. 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)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. 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 РФ 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 ООО «САВИОН»

2. 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 РФ».

3. 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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

1) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

2) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Фамилия (полностью), И.О. \_\_\_\_\_

Лечащий врач: \_\_\_\_\_ Фамилия (полностью), И. О. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(Дата оформления)