

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, **Иванов Иван Иванович, «10» октября 1990** г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ проживающий по адресу: _____, в отношении **Иванов Иван Иванович «11» ноября 2020** г. рождения, зарегистрированного по адресу: _____, проживающего по адресу: _____, 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), получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в **ООО Клиника "Детский Доктор"**.

Медицинским работником _____ (должность, ФИО **сотрудника**) 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».

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:

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

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

_____ **Иванов Иван Иванович, 7111111111** (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (медицинский работник ФИО)

«28» апреля 2026 г.