

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество]
 [КлиентДатаРождения] г. рождения, зарегистрированный по адресу:
 [КлиентГород] [КлиентУлица] [КлиентДом] [КлиентКвартира]

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
 ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О.
 ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

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, в ООО ЛЕЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ «ОРМЕДИУМ».

Медицинским работником _____

(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 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:

[КлиентФИО] [КлиентМобТелефон]

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

[КлиентФИО]

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного
 представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

[ТекущаяДата]