|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Информированное добровольное согласие на проведение консультаций, исследований и (или) манипуляций, и (или) лечения** | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| на основании ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на все 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 23.04.2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО "Лекарь". | | | | |
| Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до оказания мне медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т.ч. вероятность развития осложнений, а так же 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 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). | | | | |
| Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 части 3 ст. 19 ФЗ от 21.11.2011г. № 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). | | | | |
| ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| В связи с оказываемой мне медицинской услугой я даю согласие на необходимые исследования/ манипуляции / лечение. Мне разъяснено, и я осознаю, что в связи с возможными биологическими особенностями моего организма, непрогнозируемыми факторами и обстоятельствами при проведении исследований/ манипуляций /лечения существует вероятность возникновения реакций/осложнений. При возникновении реакций/осложнений дальнейшее проведение исследований/ манипуляций/ лечения могут быть изменены по медицинским показаниям на усмотрение врача. | | | | |
| До оказания мне медицинских услуг я поставил(а) в известность своего лечащего врача обо всех перенесенных заболеваниях, возникших осложнениях, патологии, травмах, проведенных ранее обследованиях, лечении, операциях, известных мне аллергических реакциях, противопоказаниях, о злоупотреблении алкоголем, табакокурением, наркотическими, сильнодействующими препаратами. Мне разъяснено, и я осознаю, что о любых неблагоприятных изменениях в состоянии здоровья и самочувствия необходимо незамедлительно сообщить лечащему врачу. Я осознаю, что при невыполнении всех рекомендаций/назначений врачей/ и иных медицинских работников возможны изменения в состоянии моего здоровья, осложнения, влекущие неблагоприятный исход. | | | | |
| Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью | | | | |
| Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **Подпись** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |