**214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск,**

**г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д.**

**Тел.: +7 4812 618888**

**E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru**

**Рег.№ Лицензии Л041-01128-67/00303100**

**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

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (Ф. И. О. гражданина) |
| Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу:  |
|  | , |
| (адрес места жительства гражданина либо 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

|  |  |
| --- | --- |
| ООО «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор») | . |
| (полное наименование медицинской организации) |  |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф. И. О. 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, 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 Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

 (ненужное зачеркнуть),

|  |
| --- |
| . |
|   |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. пациента) |
| (подпись)  |  | (Ф. И. О. законного представителя гражданина) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. медицинского работника) |

|  |
| --- |
| (дата оформления) |