

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____ *(адрес регистрации законного представителя)*

проживающий по адресу: _____

_____ *(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

_____ *(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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в Обществе с ограниченной ответственностью «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ», 129090, г. Москва, ул. Каланчевская, д.45. Свидетельство, серия 77 № 017688627 от 12.01.2016 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 46 по г. Москве. Лицензия ЛО-77-01-017495 от 11 февраля 2019 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы.

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 Российской Федерации".

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 Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

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

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

_____ *(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя, телефон)*

_____ *(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

"__" _____ г.

(дата оформления)