

**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, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, паспортные данные гражданина или законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильной дом №2».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность ФИО 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 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 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 – ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, №26 ст. 3442,3446).

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).

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, дата рождения, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
(дата оформления)