

Приложение №2
Утверждено приказом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 года №1051н

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, Иванова Ольга Петровна 15.01.2007
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированный(ая) по адресу:

681000, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Пионерская, д.16, кв.11

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) по адресу:

681032, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, д.146/2, кв.326

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении

(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) 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/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) КГБУЗ "Наркологический диспансер г. Комсомольска-на-Амуре" Министерства здравоохранения Хабаровского края.

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 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 моего здоровья** или состоянии лица, законным представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Иванова Анна Сергеевна (мать)

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

8 909 245 65 69

(контактный телефон)

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

(контактный телефон)

✓

(подпись)

Иванова Ольга Петровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

8 914 236 65 69

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

(дата оформления)