

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

Иванова Мария Петровна

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

« 07 » 12 1975 г. р., проживающий по адресу: г. Киров ул. Лепсе д 3 кв 8

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь

Иванова Михаила Ивановича « 22 » 01 2007 г.р.

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

проживающего по адресу:

г. Киров ул. Лепсе д 3 кв 8

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

(Фактический адрес)

первичной медико-санитарной помощи в

наименование медицинской организации

Медицинским работником

должность, Ф.И.О. медицинского работника

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь:

Пациент (законный представитель):

Иванова М.П. / Иванова М.И.

(подпись)

(Ф.И.О.)

Подпись,

Ф.И.О. медицинского работника