

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ года рождения,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

проживающий(ая) по адресу: _____,

в отношении (ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)
_____ года 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. N 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) в Обществе с ограниченной ответственностью «ЛЮМОС».

в соответствии с ч. 1 ст. 4, ч. 1 ст. 11 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» согласен(а) на оказание психиатрической помощи врачом ООО «ЛЮМОС» _____.

Медицинским работником _____ 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Информация о характере психического расстройства (при наличии), целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах доведена в доступной форме. С особенностями названного медицинского вмешательства ознакомлен(а) и получил(а) информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, побочных эффектах, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

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. N 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), в том числе после смерти:

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, телефон)

_____ / _____

(подпись врача)

(ФИО врача)

_____ г. (дата оформления)