

Общество с ограниченной ответственностью стоматологическая клиника «Русская Жемчужина»

Адрес: 353440, Краснодарский край, г-к. Анапа, ул. Трудящихся 95, пом.1. Тел.: 8(86133) 3-19-87

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" _____ "

г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо 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 года № 390н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее - [Перечень](#)), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

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 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ "

г.

(дата оформления)