

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)
"___" _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(адрес регистрации законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)
"___" _____ г. 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. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в Акционерном обществе Медицинский центр «Клиника красоты», 153040, г. Иваново, ул. Любимова, д. 3. Свидетельство серия 37 № 001147748 от 23 февраля 2003 г. Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Иваново, ИНН 3702022152, Лицензия Л041-01139-37/00342681 от 18.12.2018 г., выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения? Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

_____ (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя, телефон)

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

"___" _____ 20__ г.