Порядок информирования пациентов о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах

Информация о методах оказания медпомощи, связанных с ними рисках, видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах доводится до пациентов перед ее оказанием в зависимости от вида медицинской помощи, путем подписания между заказчиком (пациентом, его законным исполнителем) и исполнителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

_____

проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«____» _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (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) в ООО «Центр здоровья».
Медицинским работником _____
(должность, ФИО 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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ _____
подпись ФИО пациента, телефон

_____ _____
(подпись) ФИО медицинского работника

«_____»_____202__ года