

**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**

Я _____
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)

" ____ " _____ г. р., проживающий по адресу: _____

_____ (адрес места жительства законного представителя)

паспорт: _____ выдан: _____

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 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первичной медико-санитарной помощи, а также проведения туберкулиндиагностики

_____ (Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель - полностью)

« _____ » _____ г. р.

Проживающего по адресу _____
(адрес ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я ознакомлен с Перечнем видов вмешательств, 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть), а также передавать информацию о состоянии его здоровья в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

_____ (Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ года