

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 и санаторно-курортной помощи в условиях ГАУЗ РПНС «Акбузат»**

Я, \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

« \_ » \_\_\_\_\_ Г. рождения, проживающий по адресу:

*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (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) \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель*

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. рождения, проживающего по адресу:

*адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель*

первичной медико-санитарной помощи, санаторно-курортной помощи в ГАУЗ РПНС «Акбузат»

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи*

Подпись, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

Подпись, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. медицинского работника*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

*Дата оформления информированного добровольного согласия*

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 и санаторно-курортной помощи в условиях ГАУЗ РПНС «Акбузат»**

Я, \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

« \_ » \_\_\_\_\_ Г. рождения, проживающий по адресу:

*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (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) \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель*

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. рождения, проживающего по адресу:

*адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель*

первичной медико-санитарной помощи, санаторно-курортной помощи в ГАУЗ РПНС «Акбузат»

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи*

Подпись, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

Подпись, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. медицинского работника*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

*Дата оформления информированного добровольного согласия*