

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

г. Красноярск

«\_\_\_» \_\_\_ 2023 г.

Я \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_ г. зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_, даю ООО «Такмак-СПА» информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, а также для получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Медицинским работником \_\_\_\_\_ ООО «Такмак-СПА» в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты лечения, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания 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 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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(ФИО лица, которому Пациент доверяет сообщить сведения о состоянии своего здоровья, контактный телефон гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента/зак. представителя)

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента/зак. представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)