

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, _____, « » г.р., проживающий (-ая) по адресу: _____ на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-

ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" добровольно 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 РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Клиника 100 врачей». Сотрудником Исполнителя 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 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Я предупрежден(-а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью: Дата: «25» декабря 2024

Подпись пациента: _____√ _____/

Подпись сотрудника медицинского офиса ООО «Клиника 100 врачей»: _____/
Атоева Анна Владимировна