**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 ребенка/опекуна)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(адрес места жительства законного представителя/опекуна)*

 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](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902345725/XA00M6G2N3/) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее - [Перечень](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/)), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

 в ООО «С’АМИГО» в ДОЛ **«Илеть»,** расположенным по адресу: **РМЭ, Звениговский район, дер. Мари Луговая, ул. Набережая.**

Медицинским работником 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](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902312609/XA00M962NE/) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902312609/XA00MDE2O2/) может быть передана информация о состоянии моего
здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

|  |
| --- |
|  |
| *(Ф.И.О. законного представителя ребенка/опекуна, контактный телефон)* |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. законного представителя ребенка/опекуна)* |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. медицинского работника)* |
| " |  | " |  | г. |
|  |  |  | *(дата оформления)* |  |

**Отказ от видов 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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. законного представителя ребенка/опекуна)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(адрес места жительства законного представителя)*

являюсь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

в оказании первичной медико-санитарной помощи в ООО «С’АМИГО» в ДОЛ **«Илеть»,** расположенным по адресу: **РМЭ, Звениговский район, дер. Мари Луговая, ул. Набережая.**

 **отказываюсь** от видов 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](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н](http://budget.1jur.ru/#/document/99/902345725/XA00M6G2N3/) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082).

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись) (Ф.И.О. законного представителя ребенка/опекуна)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)*

*«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.*

 *(дата оформления)*