

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" _____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: УМО (включающий осмотр специалистов: педиатр/терапевт (по возрасту), травматолог-ортопед хирург, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, кардиолог, гинеколог, стоматолог, психолог, врач по спортивной медицине, а также лабораторные и функциональные методы исследования в соответствии с приказом МЗ РФ от 1/44-н от 23.10.2020) в т.ч. включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (утв. Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н) для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в _____ отделении ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум».
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 ч.9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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:

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника) " _____ " _____ г.
(дата оформления)