

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, Назаров Андрей Владимирович, дата рождения: 13.04.1983, паспорт/свидетельство о рождении 4903 519809, дата выдачи 17.06.2003, выдан: 532-001) или его(её) законный представитель: (паспорт: , ,) даю информированное добровольное согласие лично (или в отношении лица, законным представителем которого я являюсь) на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи у ООО «Секреты долголетия».

Медицинским работником (Алексеева Татьяна Викторовна) в доступной 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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. N 323-З "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции мною осознан.

Я даю информированное добровольное согласие на то, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения плана лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также на получение иных медицинских услуг, предусмотренных прейскурантом ООО «Секреты долголетия».

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств действует в отношении работ и услуг, которые указываются в дополнительном соглашении к договору на предоставление платных медицинских услуг.

Пациент: Назаров Андрей Владимирович _____ (подпись) или Законный представитель пациента: _____ (подпись)

Медицинский работник Алексеева Татьяна Викторовна _____ (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст. 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:

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

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