

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

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

«__» _____ г. зарегистрированный по адресу:
рождения,

(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. проживающего по адресу:
рождения,

(дата рождения пациента при
подписании законным
представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на:

- проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами (средними медицинскими работниками);
- лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия, проводимые в рамках диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) согласно полу и возрасту в объеме диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), утвержденные Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н;
- использование моих персональных данных и информирование меня о месте, времени, результатах диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия посредством телефонной связи (в том числе СМС-информирование) на контактный телефон, электронной, Интернет-связи;

а также 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 Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского
работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)