

КЛИНИКА ДОКТОРА ЗАГЕРА (ООО «МЕГАИНФО»)

115280, Москва, 1-ый Кожуховский пр., д. 1/7, Лицензия Л041-01137-77/00368452 от 17 июля 2008г., тел. +7 (495) 236-76-52

Приложение N 2
утверждено Приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

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

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(адрес регистрации законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В
отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2011 года № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи Обществу с ограниченной ответственностью «МЕГАИНФО»(Клиника доктора Загера), 115280, г. Москва, 1-ый Кожуховский проезд, д 1/7. Свидетельство серия 77 № 005321399 от 01 октября 2002г., выданное Межрайонной инспекцией МНС Росси №39 по г. Москве. Лицензия Л041-01137-77/00368452 от 17 июля 2008г. выданная Департаментом здравоохранения города Москвы.

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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, 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) законного представителя, телефон)

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

" ____ " _____ г.

(дата оформления)