

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г года рождения

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

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г года рождения,

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

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

### **Общество с ограниченной ответственностью «Визус Эксперт»**

(полное наименование медицинской организации)

медицинским работником ВРАЧОМ-ОФТАЛЬМОЛОГОМ

(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. № 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 ноября 2011 г. № 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 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