

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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**

Я, \_\_\_\_\_ г. р., проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), а также на виды медицинских вмешательств, включенных в лист назначений пациента Ассоциации «Санаторий «Колос», при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Ассоциации «Санаторий «Колос».

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, а также с видами медицинских вмешательств, назначаемыми пациентам санатория «Колос», в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснена возможность и необходимость изменения назначенного лечения в случае непереносимости тех или иных процедур или медикаментов, в связи с изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные ответы на заданные вопросы и понимаю, что несоблюдение указаний и рекомендаций лечащего врача по режиму, питанию и лечению могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. Лечащий врач объяснил мне последствия отказа от назначенного обследования и лечения. Ответственность за возникшие у меня (моего ребенка) вследствие отказа от медицинского вмешательства негативные последствия буду нести самостоятельно.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянием лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_  
ФИО гражданина, контактный телефон

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО медицинского работника