

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.

Я,

_____,
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате его выдачи и органе, выдавшем документ)

зарегистрированный по адресу:

в отношении:

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате его выдаче и органе, выдавшем документ)

адрес регистрации:

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. N 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 в ООО «Детский оздоровительный лагерь «МСамр» (адрес: Владимирская область, Петушинский район, пос. Сосновый Бор, территория парк-отель «Сосновый Бор» – далее «Лагерь», медицинским работником Лагеря

(должность, Ф.И.О. медицинского сотрудника)

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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

(подпись)(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)(контактный телефон)

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

" ____ " _____ 20__ г.

(дата оформления)