

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВКЛЮЧЁННЫЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

1. «ПАЦИЕНТ» даёт 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 года № 390н (далее - Перечень)
2. Медицинским работником в доступной для «ПАЦИЕНТА» форме 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.
3. «ПАЦИЕНТУ» разъяснено, что он имеет 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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724;2012, N 26, ст.3442, 3446).
4. Сведения о выбранных «ПАЦИЕНТОМ» лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии его здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

5. Получив полную информацию о предстоящих видах медицинских вмешательств, «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что ему понятен смысл всех терминов, и он добровольно соглашается на виды медицинских вмешательств, указанные в п.1 настоящего согласия.
6. «ПАЦИЕНТ» получил подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанных медицинских вмешательств, включая анестезию и приём лекарственных средств, и понимает, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов, осложнений, аллергических реакции и др.
7. Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинских вмешательств и применение лекарственных препаратов и медицинских изделий, указанных в п.5 настоящего согласия, не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

8. «ПАЦИЕНТ» имел возможность задать все интересующие его вопросы. «ПАЦИЕНТУ» даны исчерпывающие ответы на все заданные им вопросы.

Ф.И.О. Пациента: _____

Подпись: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВКЛЮЧЁННЫЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

1. «ПАЦИЕНТ» даёт 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 года № 390н (далее - Перечень)
2. Медицинским работником в доступной для «ПАЦИЕНТА» форме 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.
3. «ПАЦИЕНТУ» разъяснено, что он имеет 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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724;2012, N 26, ст.3442, 3446).
4. Сведения о выбранных «ПАЦИЕНТОМ» лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии его здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

5. Получив полную информацию о предстоящих видах медицинских вмешательств, «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что ему понятен смысл всех терминов, и он добровольно соглашается на виды медицинских вмешательств, указанные в п.1 настоящего согласия.
6. «ПАЦИЕНТ» получил подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанных медицинских вмешательств, включая анестезию и приём лекарственных средств, и понимает, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов, осложнений, аллергических реакции и др.
7. Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинских вмешательств и применение лекарственных препаратов и медицинских изделий, указанных в п.5 настоящего согласия, не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

8. «ПАЦИЕНТ» имел возможность задать все интересующие его вопросы. «ПАЦИЕНТУ» даны исчерпывающие ответы на все заданные им вопросы.

Ф.И.О. Пациента: _____

Подпись: _____