

Информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

дата рождения _____ года,

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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в клинике Исполнителя.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск. Мне понятно, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Мне разъяснено право на получение информации о состоянии моего здоровья, в том числе право выбора лиц, которым указанная информация может быть разглашена (в соответствии со ст. 19 п.5 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ.)

Для повышения качества медицинского обслуживания даю информированное добровольное согласие на проведение контроля первичной медицинской документации членами врачебной комиссии, заведующими отделений, врачами-экспертами управления контроля качества.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ года