

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 г. Ростова-на-Дону»
347019, г. Ростов-на-Дону, ул. Верхнеольная, 6, тел./факс 253-72-10

Информированное добровольное согласие

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. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, одного из родителей, иного 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ « ____ » _____ г. рождения,

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

Проживающего по адресу: _____

(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

Первичный медико-санитарной помощи _____ МБДОУ №130

(наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

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

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне 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 разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, а именно право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. лиц, которым представляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ "

Г.

(дата оформления информационного добровольного согласия)