

**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, _____ " ____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____
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 5 мая 2012 г. N 24082 (далее -
Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в Обществе с ограниченной ответственностью «НовоМед»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442,
3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 (или 3)??? 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 (ненужное зачеркнуть)

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я хочу получать информацию об услугах ООО «НовоМед» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона.
Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю, что указанный номер является моим номером телефона,
выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной
некорректных данных в настоящей анкете.

_____ " ____ " _____ Г.
(дата оформления)