

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ДОКТОР РЯДОМ»

ООО «ДОКТОР РЯДОМ»

Московская область, г. Чехов, ул. Земская, д. 21, пом 5,6

ИНН 5048046130 КПП 504801001 ОГРН 1175074004478

№ Л041-01162-50/003152246 от 25.07.2017 г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя) " ____ " _____ г.
рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____ (адрес регистрации законного представителя) проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента) " ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства 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 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в Обществе с ограниченной ответственностью «ДОКТОР РЯДОМ», Лицензия № Л041-01162-50/003152246 от 25.07.2017 г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы. Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. № 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя, телефон)

_____ (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) " ____ "

_____ г