

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ГРАНДМЕД»**  
**ООО «ГРАНДМЕД»**  
Московская область, г. Серпухов, ул. Ворошилова, д. 51, пом. 24,25,26,27,28,29,30  
ИНН 5043068034 КПП 504301001 ОГРН 1195081077520  
№ Л041-01162-50/00356721 от 24.09.2020 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 «ГРАНДМЕД», Лицензия № Л041-01162-50/00356721 от 24.09.2020 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