

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «НАШ ДОКТОР+»
ООО «НАШ ДОКТОР+»
143180, Московская область, г.Одинцово, г. Звенигород, ул. Красная Гора, д.1, корп.1,
помещение XII-1(6,7)
ИНН 5015012417 КПП 501501001 ОГРН 1155032001453
Лицензия № Л041-01162-50/00382295 от «25» января 2018г.

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 «НАШ ДОКТОР+», Лицензия №Л041-01162-50/00382295 от 25 января 2018 г., выданная Министерством здравоохранения Московской области. 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