

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «МЕДПРОФ»
ООО «МЕДПРОФ»
142002, Московская обл., г. Люберцы, ул. Новая, дом 9, этаж 1, пом.006.
ИНН 5027281090 КПП 502701001 ОГРН 1195027022200
Лицензия № ЛО41-01162-50/00349575 от 02июня 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 «ГЛОБАЛ МЕДИКАЛ СИСТЕМ», г. Москва, 1-й Николощеповский
пер., д.6, стр. 1. Свидетельство серия 77 № 017116700 от 08.10.2014 г., выданное Межрайонной
ИФНС России № 46 по г. Москве. Лицензия ЛО-77-01-013294 от 19 октября 2016г., 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