

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
на проведение консультаций, исследований и (или) манипуляций, и (или) лечения

Я,   
пациент  
Дата рождения:

ПОЛ:   
возраст  лет

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет), или недееспособных граждан:

Я,  паспорт   
выдан  серия  номер   
когда  кем

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:  
 ФИО ребенка или недееспособного гражданина  дата рождения

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг:

1. даю информированное добровольное согласие на **все виды медицинских вмешательств**, включенных 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), и для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**), в ООО КДЦ «ПЕРСОНА-МЕД»

Врачом/медицинским работником  до оказания мне медицинской услуги

Наименование медицинской услуги

2. 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 предлагаемых 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).

3. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 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).

ФИО	Телефон
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. В связи с оказываемой мне медицинской услугой я даю согласие на необходимые исследования и(или) манипуляции и(или) лечение.

5. Мне разъяснено, и я осознаю, что в связи с возможными биологическими особенностями моего организма, непрогнозируемыми факторами и обстоятельствами при проведении исследований, манипуляций и лечения существует вероятность возникновения реакций/осложнений. При возникновении реакций/осложнений дальнейшее проведение исследований, манипуляций и лечения могут быть изменены по медицинским показаниям на усмотрение врача.

6. До оказания мне медицинских услуг я поставил(а) в известность своего лечащего врача обо всех перенесенных заболеваниях, возникших осложнениях, патологии, травмах, проведенных ранее обследованиях, лечении, операциях, известных мне аллергических реакциях, противопоказаниях, о злоупотреблении алкоголем, табакокурением, наркотическими, сильнодействующими препаратами, о наличии в моем организме медицинских изделий, устройств, аппаратов и иных инородных тел, а именно:

(при наличии медицинских изделий и инородных тел – перечислить их, указать орган, конечность их расположения, при отсутствии медицинских изделий и инородных тел указать - «отсутствуют».)

7. Мне разъяснено, и я осознаю, что о любых неблагоприятных изменениях в состоянии здоровья и самочувствия необходимо незамедлительно сообщить лечащему врачу.

8. Я осознаю, что при невыполнении всех рекомендаций/назначений врачей и иных медицинских работников возможны изменения в состоянии моего здоровья, осложнения, влекущие неблагоприятный исход. В этом случае вся ответственность за ухудшение здоровья возлагается на меня.

Подпись пациента/законного представителя

дата

Подпись медицинского работника