Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

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

Я, **, мать *Пертова Василия****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Ф.И.О. гражданина)

"***25\_ \_" октября \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** г. рождения,

зарегистрированный по адресу: ***Бухарест, страда Ион Минку , 25\_\_\_\_\_\_***

(адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

***\_\_\_\_Медицинский пункт в Школе при Посольстве РФ в Румынии***

(адрес места жительства гражданина либо

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. N 390н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения

первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого

я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

***оказание неотложной помощи, диспансерный осмотр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(наименование вида медицинского вмешательства

Медицинским работником \_***врач-Корецкая Н.Е.; м/с Токаренко О.А.; стоматолог- Каланча С.Е.\_\_***

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможнее 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. 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).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

части 3 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)

\_\_\_\_***Петров Василий 072222222***\_\_(тел законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_***Петрова Елена Андреевна***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"22\_ \_" сентября \_2016 г.

(дата оформления)

Приложение N 3

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Форма

Отказ от видов 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

Я**, мать *Пертова Василия****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Ф.И.О. гражданина)

"***25\_ \_" октября \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** г. рождения,

зарегистрированный по адресу: ***Бухарест, страда Ион Минку , 25\_\_\_\_\_\_***

(адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

***\_\_\_\_Медицинский пункт в Школе при Посольстве РФ в Румынии***

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов 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 - виды

медицинских вмешательств):

\_\_***оказание неотложной помощи, диспансерный осмотр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_***врач-Корецкая Н.Е.; м/с Токаренко О.А.; стоматолог- Каланча С.Е.\_\_***

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от

вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность

развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при

возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов

медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я

имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид

(такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_***Петрова Елена Андреевна\_\_\_***

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

***"22" сентября 2016 г.***

(дата оформления)