



## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (общее)

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, (дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

**В отношении**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, (дата рождения пациента при подписании законным представителем)  
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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) у Исполнителя - ООО «Каменя+» (Юридический адрес: 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74 Адрес места осуществления деятельности : 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74, ОГРН -1057600651063 ИНН -7604079359 КПП- 760401001) . Медицинским работником ООО «Каменя+» 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. N 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. 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, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских стоматологических услуг у Исполнителя - ООО «Каменя+»

При этом Исполнитель в доступной для меня форме, до начала оказания услуг и до подписания мною договора:

- ознакомил с Правилами предоставления платных медицинских услуг
- ознакомил с действующим Прейскурантом цен;
- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил в письменной форме до заключения Договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и аннулировать ответственность Исполнителя.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

