

Информированное добровольное согласие Потребителя на медицинские услуги

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских услуг, включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной и специализированной 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 доврачебной, первичной и специализированной врачебной медико-санитарной помощи в **ООО «Ваш врач»**. Работником при регистрации в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, 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 План лечения, определенный Исполнителем, 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".

Я предупрежден(а) о возможности назначения по показаниям дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных Планом, определенным при первичном обращении.

Мне объяснено, что в проведении манипуляций может быть отказано после осмотра специалистом (консультации) в виду выявленных противопоказаний, недообследованности, отсутствия показаний для получения желаемого эффекта от манипуляций.

Я уведомлен (а) о том, что несоблюдение рекомендаций лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что по запросу могу получить сведения о результатах обслуживания, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях вмешательств, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях к применению в доступной для меня форме. Для этого я должен (а) сообщить о выборе формы разъяснений, кроме устных.

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:

√

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

√

(подпись) (Ф.И.О. Потребителя)

(подпись) (Ф.И.О. Исполнителя)

Дата оформления √ _____