

Информированное добровольное согласие

Дата "....." 20...г.

ФИО, г. р.

Паспорт серия номер

Выдан

Дата выдачи "....."г.

Адрес

даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО "Ланта" медицинским работником

(должность и ФИО 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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011г.

№323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012. №26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которыми может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

ФИО, контактный телефон

Пациент(представитель)

(ФИО, подпись)

Медицинский работник

(ФИО, подпись)