Уважаемые пациенты!

В соответствии с постановлением правительства № 1006 "Правила оказания платных медицинских услуг"  до начала лечения Вам будет предложено ознакомиться и подписать Договор на оказание платных медицинских услуг в ООО "название клиники", в котором будет подробно изложено все предстоящее сотрудничество, описаны права и обязанности сторон, сроки гарантии и условия их предоставления.

В нашей клинике мы абсолютно все делаем законно и официально, а значит Вы всегда будете защищены и спокойны за свое здоровье!

Согласно требованиям 323-ФЗ, Статья 20, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних дает один из родителей или иной законный представитель.

Данный документ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ предоставит Вам всю информацию относительно предстоящих медицинских услуг.

Документ содержит:

•цели, методы оказания медицинской помощи,

•связанный с ними риск,

•возможнее варианты медицинских вмешательств,

•их  последствия,  в  том  числе  вероятность  развития  осложнений

•предполагаемые  результаты оказания медицинской помощи

•Разъяснение права  отказаться  от  одного  или  нескольких  видов  медицинских вмешательств и потребовать его (их) прекращения

•Сведения  о  выбранных  лицах, которым  может быть передана информация   о  состоянии  моего  здоровья

Имея максимально полную информацию о предстоящем лечении, Вы получаете максимальный уровень безопасности!

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                             (Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 (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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

               (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                            (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)

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

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

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

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

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

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

    (дата оформления)

Уважаемые пациенты!

Согласно требованиям 323-ФЗ, Статья 20, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних дает один из родителей или иной законный представитель.

Данный документ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ предоставит Вам всю информацию относительно предстоящих медицинских услуг.

Документ содержит:

•цели, методы оказания медицинской помощи,

•связанный с ними риск,

•возможнее варианты медицинских вмешательств,

•их  последствия,  в  том  числе  вероятность  развития  осложнений

•предполагаемые  результаты оказания медицинской помощи

•Разъяснение права  отказаться  от  одного  или  нескольких  видов  медицинских вмешательств и потребовать его (их) прекращения

•Сведения  о  выбранных  лицах, которым  может быть передана информация   о  состоянии  моего  здоровья

Имея максимально полную информацию о предстоящем лечении, Вы получаете максимальный уровень безопасности!

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                             (Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 (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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

               (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                            (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)

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

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

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

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

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

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

    (дата оформления)