

**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, \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских, 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. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012г. №24082) (далее- Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/поучения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «Элос Медикал»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ должность, Ф.И.О. 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 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, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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

Дата оформления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) О ЕГО ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  
**ПАМЯТКА ПАЦИЕНТА**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ООО «Элос Медикал» в лице главного врача подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказания в организации пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 20 ФЗ №323-ФЗ; отказ от медицинского вмешательства в соответствии с п.7 статьи 20 ФЗ №323-ФЗ; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, главного врача или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении в соответствии со статьей 22 ФЗ №323-ФЗ; отказ от получения указанной информации против своей воли; возмещение ущерба в соответствии с п.п 2,3 статьи 98 Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 13 ФЗ №323-ФЗ; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент уведомлен, что организация имеет право без согласия пациента или его законного представителя разгласить конфиденциальные сведения в следующих случаях: в целях обследования и лечения гражданина, неспособного из-за своего состояния выразить волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет (для больных наркоманией-до 16 лет) для информирования его родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

Получил полную информацию о своих правах и обязанностях.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись пациента/расшифровка подписи)