ООО "Клиника Позвоночника на Авиаконструкторов"
Клиника Позвоночника доктора Разумовского
г. Санкт-Петербург, пр. Авиаконструкторов, д. 6, лит. А, тел: 600-39-79

Информированное добровольное согласие пациента

Я, _____

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. № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной в ООО "Клиника Позвоночника на Авиаконструкторов".

Медицинский работник ООО «Клиника Позвоночника на Авиаконструкторов»

_____
(Ф.И.О., должность)

в доступной для меня форме разъяснил мне 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. № 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана моего здоровья, в том числе после смерти:

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

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

_____
(Подпись) (Ф.И.О. гражданина)

_____
(Подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления № Договора