

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"\_\_" "\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный ( ая ) по адресу:  
(дата рождения гражданина)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я ( ФИО ) \_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) в отношении

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" "\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: БУ «Лангепасская городская больница»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания данного вида медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты проведения указанного медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства: \_\_\_\_\_

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 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснен в доступной для меня форме порядок подготовки к данному виду медицинского вмешательства, порядок соблюдения медицинских рекомендаций в период проведения и по окончании проведения медицинского вмешательства, и я предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении поименованных порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства: \_\_\_\_\_

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с

пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_"  
\_\_\_\_\_ (дата оформления)

**Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума назначено:**

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года