Наименование:Индивидуальный предприниматель Михайленко Олег Викторович
Юридический адрес: 392005, г.Тамбов, ул.Астраханская, д.195 А, кв.13
Фактический адрес: 392005, г.Тамбов, ул.Астраханская, д.195 А, кв.13
Телефон/факс: 8920476-08-43
E-mail: stacionar18@gmail.com, o.mihaylenko@cdek.ru
ИНН 490906293851
Р/с 40802810861000005314
в Тамбовское отделение №8594
ПАО Сбербанк
К/с 30101810800000000649
БИК 046850649
ОГРН 305682918500105
ОКПО 0144658224

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, пациент (законный представитель) _____
(_____) _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____
(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

«___»_____ г.р., проживающему по адресу: _____
_____,
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в Акционерное Общество «АВА-КАЗАНЬ»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

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 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

При оказании первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:

_____

(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени, характере моего заболевания (в т.ч. получить результаты лабораторных исследований) моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____

(Ф.И.О., телефон)

_____

_____

(подпись) **(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)**

_____ _____

(подпись) **(Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)**