Приложение № 3

к Правилам

Форма

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) |
|   | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
| (дата рождения гражданина либо законного представителя) |
| **,** |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) |
| проживающий по адресу: | **,** |
| (указывается в случае проживания не по месту регистрации) |
| 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 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/~~получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь~~ (ненужное зачеркнуть) в

|  |
| --- |
| Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер» |
| (полное наименование медицинской организации) |

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 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 ноября2011г. № 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~~ (не нужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |
| --- |
|  |
| (дата оформления) |