

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
УГЛУБЛЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (включающий осмотр специалистов:
педиатр/терапевт (по возрасту), травматолог-ортопед хирург, невролог, оториноларинголог,
офтальмолог, кардиолог, гинеколог, уролог, дерматовенеролог, стоматолог, психолог, врач по
спортивной медицине, а также лабораторные и функциональные методы исследования в
соответствии с приказом МЗ РФ от 23.10.2020 № 1144н)

в т.ч. включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые
граждане дают информированное добровольное согласие (утв. Приказом
Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. № 390н) для получения медицинской помощи

_____ " ____ " _____ г. рождения
(Ф.И.О. несовершеннолетнего гражданина)
законным представителем которого я являюсь, в _____
_____ отделении ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
Врач по спортивной медицине и лечебной физкультуре

(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 ч.9 ст. 20 Федерального закона от
21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19
Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 (нужное подчеркнуть):

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

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

" ____ " _____ г.