

**Информированное добровольное согласие на  
медицинское вмешательство**

Я, [ФИО] [ДатаРождения]

(Ф.И.О. гражданина)

(дата рождения)

зарегистрированный по адресу:

[АдресКлиента]

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу:

[АдресКлиента]

(адрес места жительства)

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. N 390н<sup>1</sup> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО Стоматологическая клиника «Галактика»**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником [ЛичныйВрач]

(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, 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 Федеральной закона от 21 ноября 2011 г. №323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:**

1. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

2. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

[ФИО]

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

[ЛичныйВрач]

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

[ДатаДоговора]

(дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г., регистрационный № 24082