УТВЕРЖДАЮ
Приложение № 4 к Приказу № 115 от 05.05.2025 г.
И.о. главного врача ГБУЗ Архангельской области «Виноградовская ЦРБ»
_____ /Л.Э.Колпакова

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (получение платных медицинских услуг)

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, зарегистрированный по адресу:_____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

_____
(полное наименование медицинской организации)

_____

Медицинским работником_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, 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 ноября 2011 г. № 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 (ненужное 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) законного представителя)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«_____»_____20____г.