Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Образец для первичной медико-санитарной помощи на основе приложения № 2 к приказу Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н

Я: ФИО (при наличии отчества) гражданина либо законного представителя, дата рождения

Адрес регистрации; адрес проживания, если отличается

При подписании представителем: ФИО, дата рождения и адрес проживания пациента

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Центр медицинской косметологии и здоровья».

Адрес: 420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Правобулачная, д. 37. Лицензия № Л041-01181-16/00326313 от 20.08.2018, Министерство здравоохранения Республики Татарстан.

Медицинский работник: должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

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, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Лица, которым в интересах пациента можно сообщать сведения о его здоровье, в том числе после смерти: ФИО и телефон (по выбору пациента / представителя)

Пациент / представитель: _____ / _____ Телефон: _____

Медицинский работник: _____ / _____ Дата: _____

Разъяснения перед конкретной процедурой

Дополнение к согласию. Заполняется медицинским работником после обсуждения с пациентом до проведения вмешательства.

Форма на предыдущей странице относится к вмешательствам из перечня № 390н. Она не заменяет специальные согласия, предусмотренные для иных вмешательств. Для IV-терапии врач разъясняет конкретное назначение, препараты, риски и альтернативы; выбранное название коктейля на сайте не является назначением.

Пациент: ФИО, дата рождения

Предлагаемое вмешательство и цель; при введении препаратов - наименование, доза, путь введения и план курса (или ссылка на приложенный лист назначений)

Метод и основные этапы; ожидаемые результаты

Риски, возможные осложнения и индивидуальные факторы риска

Возможные альтернативы, включая отказ; последствия и риски отказа или отсрочки

Вопросы пациента, ответы и согласованный объём вмешательства

Информация мне понятна, на вопросы получены ответы. Согласен(на) на указанное выше вмешательство. Я вправе отказаться от него или потребовать прекращения с учётом предусмотренных законом исключений. Согласие не является отказом от прав пациента.

Пациент / представитель: _____ / _____

Врач (ФИО, подпись): _____ / _____ Дата: _____