

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

Я,

(Ф.И.О. полностью)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают добровольное информированное 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «ТУ ЭФ КЛИНИК»

Медицинским работником

(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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. Врача)

" ____ " ____ г.
(дата оформления)

Я,

подтверждаю свое согласие на ведение фото и видео протокола. Разрешаю на безвозмездной основе ООО «ТУ ЭФ КЛИНИК» делать фотографии и видео, на которых я изображен(а) до и после лечения для осуществления качественного лечения и контроля.

Я подтверждаю, что полностью ознакомлен(а) с вышеупомянутым разрешением.

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента)

Я,

Согласен/ не согласен (нужное подчеркнуть) на размещение фотографий и видеосюжетов с моим участием ООО «ТУ ЭФ КЛИНИК» безвозмездно на официальном сайте, на персональной странице в социальных сетях, а также других изданиях и в качестве иллюстраций на обучающих курсах, семинарах, мастер-классах.

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента)

" ____ " ____ г. (дата оформления)