

**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, _____,
зарегистрированный(ая) по адресу:

документ, удостоверяющий личность:

(сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе),
являюсь родителем (законным представителем) несовершеннолетнего ребенка

(Ф.И.О. ребенка), дата рождения: _____, свидетельство о рождении _____

(сведения о серии, номере, дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)
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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи моим ребенком в АНО ВО «Университет Иннополис» в период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья моего ребенка

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

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка, законным представителем которого являюсь.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 201__ года.

Подпись: _____ / _____ /