***ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ***

**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, ***Иванов Иван Иванович***

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ | ***15*** | **”** | ***января*** |  | ***1985*** | г. рождения, и проживающий по адресу: |

***г. Краснодар, ул. Красная 145, кв.14***

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя (родителя)

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 медицинской помощи мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр медицинской профилактики» министерства здравоохранения Краснодарского края.

***Иванов Петр Иванович, 12.01.2010 г.р.***

(Ф.И.О. ребенка, дата его рождения; лица от имени которого выступает законный представитель)

проживающий по адресу:\_ ***г. Краснодар, ул. Красная 145, кв.14***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес ребенка; лица, от имени которого выступает законный представитель)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены и понятны 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 в полном объеме 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”. Я ознакомлен с правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей, установленных в ГБУЗ ЦМП и обязуюсь их соблюдать.

\_\_\_\_\_ **Иванов** \_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)/\_\_\_***Иванов И.И.***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Фамилия И.О.)

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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

***Любому сотруднику спортивной организации (например - «ГБУ КК по игровым видам спорта»)***

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон – для спортсменов - «любой сотрудник спортивной организации» и название спортивной организации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Иванов** | | | | |  | ***Иванов Иван Иванович*** | | |
| (подпись) | | | | |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина - родители) | | |
| (подпись) | | | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | |
| « |  | » |  | | | г. |
|  |  |  | (дата оформления) | | |  |