

ФОРМА**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, _____,
 _____,
 (фамилия, имя, отчество родителя/иного законного представителя несовершеннолетнего в
 возрасте до 15 лет или фамилия, имя отчество несовершеннолетнего старше 15 лет), год
 рождения _____
 зарегистрированный/я _____ по _____ адресу:

 _____,
 являясь родителем/иным законным представителем (родитель, усыновитель, опекун,
 попечитель, приемный родитель, патронатный воспитатель - нужное подчеркнуть)

 (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет, дата
 его рождения)

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 (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /
 получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого
 я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Автономной некоммерческой организации «Учебно-
 методический центр военно-патриотического воспитания молодежи «Авангард» (далее –
 АНО «Авангард») и организациях, оказывающих АНО «Авангард» услуги по медицинскому
 сопровождению.

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». 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)

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

 (подпись)

 (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

 (подпись)

 (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ " _____ " _____ г.