Клиника ООО «Априори»                                                                                                                    Приложение №2  
г. Калининград, ул. Каштановая аллея, 169                                                                       Утверждено приказом Министерства  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                    здравоохранения Российской Федерации

                                                                                                                                                    от "12" ноября 2021г. №  1051н

                 
                                                     **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, ФИО пациента, зарегистрированный(ая) по адресу: Адрес места жительства пациента,   
телефон Телефон пациента , даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные  в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие  при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05 мая 2012г.№24082) (далее - виды медицинских вмешательств,включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «Априори».  
Медицинским работником Врач (полностью), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                         Ф.И.О. медицинского работника, должность.  
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 так же 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 ФЗ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                       Ф.И.О. Гражданина, контактный телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         ФИО пациента   
      (подпись)                     Ф.И.О. Гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         Врач (полностью)   
      (подпись)                     Ф.И.О. Медицинского работника

Текущая дата              