

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, дата рождения

являясь родителем (законным представителем) ребенка

Ф.И.О. полностью, дата рождения

обучающегося ОАНО «Первый Лобачевского» (далее - Лицей), паспорт (данные родителя/законного представителя): серия _____ № _____, выданный

адрес регистрации:

фактический адрес:

контактный телефон:

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 лицом, законным представителем которого я являюсь, в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Усть-Лабинская Центральная районная больница».

Мне разъяснены в доступной для меня форме 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».

даю информированное добровольное согласие на госпитализацию несовершеннолетнего, родителем/законным представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Усть-Лабинская Центральная районная больница» либо, в случае необходимости, в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Усть-Лабинская Центральная районная больница», для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, в том числе на вызов скорой медицинской помощи и транспортировку несовершеннолетнего скорой медицинской помощью в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Усть-Лабинская Центральная районная больница» для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи или потребовать ее прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

« _____ » _____ 2022 г.

(подпись) (Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка)