

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество гражданина)

1980 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина)

Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: **Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1**

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью Центре Эстетической Медицины «Клуб красоты»

Медицинским работником **Клепиков Алексей Валентинович**

(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Иванов Иван Иванович +7(900)000-00-00

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Иванов Иван Иванович +7(900)000-00-00

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина, телефон)

Клепиков Алексей Валентинович

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«13» сентября 2022 г.

(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.