

К договору на оказание
платных медицинских услуг
от «__» ____ 20__ г. №__

**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 и на получение помощи
по профилю «психиатрия-наркология»**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

«__» ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2011 г. «О персональных данных 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 помощи по профилю «психиатрия-наркология» / получения помощи по профилю «психиатрия-наркология» лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), предусмотренной действующими стандартами оказания помощи по профилю «психиатрия-наркология» и действующей лицензией, в

ГБУЗ НО «Нижегородский областной наркологический диспансер»

(наименование медицинской организации)

а также согласие на обработку персональных данных, связанных с данными видами помощи.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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.
дата оформления)