Приложение к Договору

составлено в соответствии с Приложением №2
к приказу МЗСРРФ от 20.12. 2012 г. №1177

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,_____ **дата рождения** _____ **паспорт серия** _____ **номер** _____ **,**
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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, утв. приказом МЗСРРФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 05.05.2012 г. №24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) **в ООО "НОВАЯ МЕДИЦИНА ШАТУРА"**(обществе с ограниченной ответственностью «Новая Медицина Шатура»).
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее 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 ч. 9 ст. 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, N 26, ст. 3442, 3446).
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 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)
_____ **, моб. +7(**_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления