

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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

Настоящим Я, _____, дата рождения: _____, даю информированное добровольное согласие ООО «Гемоскрин», а также, если применимо, даю согласие на моего несовершеннолетнего ребенка:

на оказание информационно-консультационных услуг по привлечению медицинских организаций для оказания мне видов медицинских вмешательств, включенных 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 первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, и даю настоящее согласие медицинским организациям которые непосредственно будут предоставлять медицинские услуги, и соглашаюсь, что указанные организации вправе не получать у меня отдельного добровольного информированного согласия, и настоящего согласия достаточно для проведения всех необходимых медицинских процедур.

Я подтверждаю свою осведомленность о том, что лабораторные исследования, проводимые с пробами и анализами, взятыми у меня, могут допускать ложноположительные и/или ложноотрицательные результаты, в связи с чем пробы могут направляться на повторное исследование.

Мне в доступной для меня форме 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 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, я обязуюсь сообщить медицинскому работнику до фактического оказания медицинских услуг.

(дата)

(подпись)