**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

« ____ » _____ г.р.,

проживающий по адресу: _____

(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012г. №24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)

« ____ » _____ г.р.,

проживающему по адресу: _____

(адрес ребенка, лица, в отношении которого заполняется согласие)

первичной медико-санитарной помощи в ГАУ НО «ФОК в р.п. Выездное г.о.г. Арзамас Нижегородской области» медицинским работником учреждения.

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

« ____ » _____ Г.

Дата оформления информированного добровольного согласия

**Отказ от медицинского вмешательства
для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

« ____ » _____ г.р.,

проживающий по адресу: _____

(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

При оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)

« ____ » _____ г.р.,

проживающему по адресу: _____

(адрес ребенка, лица, в отношении которого заполняется отказ)

первичной медико-санитарной помощи в ГАУ НО «ФОК в р.п. Выездное г.о.г. Арзамас Нижегородской области» медицинским работником учреждения отказываюсь от 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012г. №24082)

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных последствиях отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств.

Мне разъяснено, что после оформления настоящего отказа, при возникновении необходимости проведения отдельного вида медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согласие на одно или несколько видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем отказе от видов медицинского вмешательства

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

« ____ » _____ Г.

Дата оформления отказа от медицинского вмешательства