

**Государственное казённое учреждение социального обслуживания  
Краснодарского края «Крымский комплексный центр реабилитации инвалидов»**

**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, \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. гражданина)*

*(год рождения)*

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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 года № 24082) (далее - Перечень), в Государственном казённом учреждении социального обслуживания Краснодарского края «Крымский комплексный центр реабилитации инвалидов»

Медицинскими работниками:

Врач терапевт Суворов Д.Ф.

Врач физиотерапевт Недельская Н.В.

Медсестра по массажу Подольная Л.Н.

Медсестра по физиотерапии Гвасалия В.И.

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 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

*(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)*

*(подпись)*

*(Ф.И.О. медицинского работника)*

"

"

г.

*(дата оформления)*