

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от _____ г. № _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного
представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

проживающему по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина, от имени которого
выступает законный представитель)

медицинское вмешательство необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в ООО "УК "Арт - Тур" ДОЛ "Восток». Штатным медицинским работником 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 определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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».

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

(подпись) _____
(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,
участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ 2019 г.
(дата оформления)