

к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1177н
(в ред. Приказа Минздрава России
от 10.08.2015 № 549н)

**Информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское
вмешательство, медицинский осмотр и т.д. (основание – ст. 31.32.33.основ
законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан)**

Я, _____
(ФИО гражданина, дата рождения)

(адрес места жительства гражданина, либо представителя)

паспорт _____, выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка
_____, дата
рождения _____, свидетельство о рождении серии _____ номер _____
(далее - ребенок).

Добровольно даю информированное **согласие (отказ)** на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (отказ) при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-социальной 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) в Обществе с ограниченной ответственностью «АиБ» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинских услуг. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его(их) прекращения.

Я поставил в известность специалиста обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, вакцин, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях.

Подпись законного представителя _____

« _____ » _____ 20__ __ года

Расписался в моем присутствии

Подпись специалиста ООО «АиБ» _____