

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я \_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О.гражданина, законного представителя гражданина)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на выполнение медицинских вмешательств, в т.ч. 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень), для получения медицинской помощи в ГБУ РО Рязанский дом ребенка.

В доступной для меня форме информирован/а о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), результатах обследования, наличии заболевания, его прогнозе, о порядках и стандартах оказания медицинской помощи, мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их объем, связанные с ними риски и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, 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».

Согласен/на и доверяю медицинскому персоналу выполнять все необходимые медицинские вмешательства в соответствии с моим состоянием здоровья (состоянием здоровья моего ребенка), информация о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника была предоставлена. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции. Я доверяю медицинскому персоналу (врачу и его коллегам) принимать соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния (состояния моего ребенка). Я согласен/на на переливание крови и ее компонентов, если возникнет такая необходимость.

Я разрешаю медицинскому персоналу (моему лечащему врачу или заведующему отделением), где я лечусь, давать сведения о моем состоянии здоровья и заболевании (состоянием здоровья моего ребенка), методах необходимого лечения и прогнозе заболевания (сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

(указать кому, Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я уведомлен/а и согласен/на с тем, что медицинская помощь мне предоставляется в соответствии с Прейскурантом платных услуг, действующим в учреждении. Согласен на обработку своих персональных данных в целях и порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Уведомлен, что не должен давать денежные средства сотрудникам за медицинскую помощь без оформления бухгалтерских документов (квитанции, приходного кассового ордера). Дача денежных средств сотрудникам санатория без вышеуказанных документов согласно ст.291 УК РФ расценивается как дача взятки и влечет за собой привлечение к уголовной ответственности, наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, или в размере от пятикратной до тридцатикратной суммы взятки, либо исправительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет со штрафом в размере от пятикратной до десятикратной суммы взятки или без такового.

Извещен/а, что о случаях требования сотрудниками денежных средств сообщать главному врачу ГБУ РО Рязанский дом ребенка Шатской Елене Евгеньевне лично или по телефону: (4912) 98-78-36.

подпись

расшифровка

дата

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я \_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О.гражданина, законного представителя гражданина)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на выполнение медицинских вмешательств, в т.ч. 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень), для получения медицинской помощи в ГБУ РО Рязанский дом ребенка.

В доступной для меня форме информирован/а о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), результатах обследования, наличии заболевания, его прогнозе, о порядках и стандартах оказания медицинской помощи, мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их объем, связанные с ними риски и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, 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».

Согласен/на и доверяю медицинскому персоналу выполнять все необходимые медицинские вмешательства в соответствии с моим состоянием здоровья (состоянием здоровья моего ребенка), информация о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника была предоставлена. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции. Я доверяю медицинскому персоналу (врачу и его коллегам) принимать соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния (состояния моего ребенка). Я согласен/на на переливание крови и ее компонентов, если возникнет такая необходимость.

Я разрешаю медицинскому персоналу (моему лечащему врачу или заведующему отделением), где я лечусь, давать сведения о моем состоянии здоровья и заболевании (состоянием здоровья моего ребенка), методах необходимого лечения и прогнозе заболевания (сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

(указать кому, Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я уведомлен/а и согласен/на с тем, что медицинская помощь мне предоставляется в соответствии с Прейскурантом платных услуг, действующим в учреждении. Согласен на обработку своих персональных данных в целях и порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Уведомлен, что не должен давать денежные средства сотрудникам за медицинскую помощь без оформления бухгалтерских документов (квитанции, приходного кассового ордера). Дача денежных средств сотрудникам санатория без вышеуказанных документов согласно ст.291 УК РФ расценивается как дача взятки и влечет за собой привлечение к уголовной ответственности, наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, или в размере от пятикратной до тридцатикратной суммы взятки, либо исправительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет со штрафом в размере от пятикратной до десятикратной суммы взятки или без такового.

Извещен/а, что о случаях требования сотрудниками денежных средств сообщать главному врачу ГБУ РО Рязанский дом ребенка Шатской Елене Евгеньевне лично или по телефону: (4912) 98-78-36.

подпись

расшифровка

дата