



THERAPY SURGERY CLINIC

ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

**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, нижеподписавшийся, _____, года рождения,
зарегистрированный по адресу _____, документ, удостоверяющий личность серия _____ номер
выдан: _____,
_____, с согласия законного представителя _____,
зарегистрированного по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность
серия _____ номер _____ выдан _____, 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень),
для получения мной первичной медико-санитарной помощи в ООО «ТС Клиника», адрес: 350015, Краснодарский
край, Г.О. Город Краснодар, ул. Кузнечная д. 2 офис 91
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
(Собрание законодательства Российской Федерации, 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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть
передана информация о состоянии моего здоровья

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

Подпись пациента _____ / _____ /

С согласия законного представителя _____ / _____ /

Подпись медицинского работника _____ / _____ /

«__» _____ 202 г

Tsclinic