Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 10.08.2015 № 549н)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение диспансеризации (профилактический медицинский осмотр), 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 _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____
_____

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 первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО ММЦ «Медикал Форте»

_____.
(полное наименование медицинской организации, отделения (подразделения)

- проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами (средними медицинскими работниками), лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия, проводимые в рамках диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) согласно полу и возрасту (объем диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), утвержденные Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 03.02.2015 N 36ан), Порядком проведения профилактического медицинского осмотра (утвержден приказом Минздрава России от 06.12.2012 N 1011н);
- использование моих персональных данных и информирование меня о месте, времени, результатах диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия посредством телефонной связи (в том числе смс-информирование) на контактный телефон, электронной, Интернет-связи.

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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

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

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

“___” _____ _____г.
(дата оформления)