

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенных 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, _____

Число, месяц, год рождения: « ____ » _____ , _____ г.,

Номер телефона _____, проживающий(ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), в частности:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр общий, в том числе осмотр молочных желез, вагинальное и кольпоскопическое исследования;
3. Взятие материала для дополнительного (лабораторного) обследования;
4. Введение лекарственных препаратов врачом или по назначению врача.

при оказании их мне в **ООО «Центр кольпоскопии и цервикальной патологии»**,
расположенном по адресу: г. Краснодар, проспект Чекистов 42, 306-307,
врачом _____

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва (отказа) в письменной форме

Подпись, Ф.И.О. гражданина _____

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника _____

« ____ » _____ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а) _____