

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)
по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в
Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи
лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике Перламутр (

ООО «СТЕЛС»), лицензия № ЛО41-01148-78/00289623 от 30.09.2013, выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-

Петербурга
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья
граждан в

Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому
(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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):

✓ _____
(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный
телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского
работника)

" " _____ г.
(дата оформления)