

**Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство в отношении определенного вида медицинского
вмешательства**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в отношении определенного вида медицинского вмешательства, предложенное
мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство _____

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся
заболеванием (состоянием), осуществляемое в, ГБУЗ РХ «Саяногорская
межрайонная больница»
медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании
медицинской помощи)

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 определенного вида
медицинского вмешательства или потребовать его 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).

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,
участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата оформления)