

Утверждено приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ( общее )

**Я**, {Представитель.ФамилияИмяОтчество} (фамилия, имя отчество **представителя** полностью )

место регистрации по адресу: {Представитель.АдресРегистрации}

Паспорт: {Представитель.СерияНомерПаспорта}, выдан {Представитель.ДатаВыдачи} г  
{Выдан}

(название выдавшего органа, код подразделения ),

контактные телефоны: {Представитель.МобТелефон}, адрес электронной почты: {Представитель.Email}

почтовый адрес (заполняется в случае отличия от адреса регистрации):

{Представитель.Адрес},

являющийся законным представителем Потребителя (Пациента) и действующим в его интересах:

{ФамилияИмяОтчество} **ФИО Пациента** несовершеннолетнего/недееспособного лица, полностью), {ДатаРождения} года  
рождения, что подтверждается \_\_\_\_\_ (наименование  
документа) , от \_\_\_\_\_

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (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) у Исполнителя - ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» юридический адрес: 150000, Ярославская область, Г.О. Город Ярославль, г. Ярославль, пр-кт Октября, д. 11, ОГРН - 1157602001600 ИНН - 7602114329 КПП - 760401001 Лицензия на осуществление медицинской деятельности : регистрационный номер Л041-01132-76/00340615 от 17.02.2020, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Ярославской области.

Медицинским работником ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» \_\_\_\_\_ 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, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских стоматологических услуг у Исполнителя - ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ». При этом Исполнитель в доступной для меня форме, до начала оказания услуг и до подписания мною Заявления о присоединении к Публичному Договору-оферте:

- ознакомил с Правилами предоставления платных медицинских услуг
- ознакомил с действующим Прейскурантом цен;
- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил в письменной форме до заключения Договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и аннулировать ответственность Исполнителя.

{ФамилияИмяОтчество} \_\_\_\_\_ {ТекущаяДатаПолная} г.  
(Ф.И.О. Пациента / Потребителя , подпись)

{Представитель.ФамилияИмяОтчество} \_\_\_\_\_ {ТекущаяДатаПолная} г.  
(Ф.И.О. Законного представителя) , подпись)

\_\_\_\_\_ {ТекущаяДатаПолная} г.

(подпись)

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