ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Региональная общественная организация «Ассоциация наставников олимпиадного движения» (далее – Организация) (450078, Республика Башкортостан, г Уфа, ул Кирова, д. 91, кв. 41, ОГРН 1230200000216, ИНН 0274976549); деятельность Организации осуществляется на основании устава Фонда и лицензии Фонда на осуществление образовательной деятельности. В соответствии с Договором возмездного оказания медицинских услуг, заключенным между Организацией и "ГБОУ РИЛИ" (далее - ГБОУ РИЛИ) оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, принимающим участие в Зимней химической школе «Кристалл», осуществляет «ГБОУ РИЛИ».

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТА, НЕ ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ

Я, _____,
проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт серия _____№ _____ выдан (кем, когда)
_____
являясь родителем/опекуном (подчеркнуть) _____,
проживающего(ей) по адресу: _____
паспорт (свидетельство о рождении) серия _____ № _____ выдан (кем, когда) _____
_____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ, ДОСТИГШИМ ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ

Я, _____,
проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт серия _____ № _____ выдан (кем, когда) _____
_____

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 медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н.

Мне известно, что выполнение показанных мне (пациенту) медицинских вмешательств необходимо с целью оценки состояния моего здоровья (здоровья пациента).

Мне в доступной для меня форме разъяснены и понятны содержание, характер, методы и цели оказания медицинской помощи, возможные варианты медицинских вмешательств, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно и понятно, в чём именно в процессе оказания медицинской помощи состоит воздействие на моё здоровье (здоровье пациента), связанный с оказанием медицинской помощи риск, также понятно, наступление каких возможных последствий для моего здоровья (здоровья пациента) в итоге оказания медицинской помощи является допустимым с охватом как ожидаемых желательных, так и возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений.

Мне известно, что в процессе оказания медицинской помощи мне (пациенту) может потребоваться выполнение манипуляций и вмешательств, не указанных в настоящем информированном добровольном согласии. При возникновении таких обстоятельств и объективной невозможности получения моего согласия на выполнение таких вмешательств (в случае необходимости экстренного медицинского вмешательства для предупреждения наступления неблагоприятных последствий для моего здоровья (здоровья пациента) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,

предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне известно и понятно, что отказ от выполнения показанных мне (пациенту) медицинских вмешательств обусловливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации.

Я даю согласие на передачу информации о состоянии моего здоровья / состоянии здоровья пациента, в том числе после моей смерти / смерти пациента:

_____

(фамилия, имя, отчество лица, которому могут быть переданы сведения о состоянии здоровья пациента, его контактный телефон)

При подписании настоящего Информированного добровольного согласия Пациенту (его представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна.
Пациент (его представитель) получил полную информацию об альтернативных методах медицинского вмешательства, принял решение получить медицинскую помощь на вышеуказанных условиях. Иные вопросы у Пациента (его представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской помощи

_____ (_____) _____ «4» января 2026 г.

ФИО, подпись Пациента (представителя) *телефон* *дата подписи*

_____ (_____) «4» января 2026 г.

ФИО, должность, подпись медицинского работника *дата подписи*