

Утверждено:
Приказом Гендиректора
ООО «ГАРАНТ-100»

Никулина С.С.
от «28» августа 2026года №67

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство гражданина,
получающего медицинскую помощь**

Я,

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

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина)

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации -)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении платных медицинских услуг в Общество ограниченной ответственности «ГАРАНТ-100»
(полное наименование медицинской организации)

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, какие виды медицинской помощи я могу получить по полюсу ОМС, в каком порядке и в каких медицинских организациях.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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".

Мне также разъяснены возможные последствия анонимности моего

ООО «ГАРАНТ-100»

обращения за медицинской помощью, в том числе, в виде невозможности уведомления меня медицинской организацией о выявленных у меня патологических состояниях (заболеваниях), о которых медицинской организации станет известно после прекращения оказания мне медицинских услуг.

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), в том числе после смерти:

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон –

(подпись)

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

" ____ " _____ Г.
(дата оформления)