приложение № 2 к Договору

(в соответствии с прил. № 2 к приказу

Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1177н)

**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**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

Я, Заказчик по Договору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО),*

представляющий интересы Потребителя/ Пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО)*

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 (утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н) (далее – Перечень),   
для получения первичной медико-санитарной помощи в обществе с ограниченной ответственностью   
«Ангел Хранитель» (ОГРН 1099847037168, ИНН 7841418381; юр. адрес: 198334, г. Санкт-Петербург,   
пр-кт Ветеранов д.130 лит.А кв.153; факт. адрес: 192102 Санкт-Петербург, ул. Бухарестская, д.10, стр.1 (далее – Исполнитель).

Медицинским работником Исполнителя Хилько Маргаритой Николаевной *(должность и ФИО)* 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Сведения о лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии здоровья Потребителя/Пациента:

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

факт. проживает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

факт. проживает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие является приложением № 3 к Договору и его неотъемлемой частью, равно как текст Договора, в том числе текст приложения № 1 к Договору (в части паспортных и контактных данных Заказчика и Потребителя/Пациента) является неотъемлемой частью настоящего согласия.

| **заказчик** | **медицинский работник Исполнителя** |
| --- | --- |
|  |  |

**Согласие на фиксацию пациента**

Я Заказчик (Ф.И.О) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю свое согласие на фиксацию Пациента (Ф.И.О) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае необходимости, для сохранения здоровья (риск падения), а так же в случаях психоза, делирия, неадекватного поведение Пациента, либо необходимости выполнения медицинских манипуляций.

Пациент находится в стационаре экстренной паллиативной помощи, ООО «Ангел Хранитель» на основании договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_.\_\_\_.2024г.

Претензий к организации ООО «Ангел Хранитель» и персоналу иметь не буду.

Заказчик (Ф.И.О)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число\_\_\_\_.\_\_\_\_.2024г. подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_