

«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор:
ООО «ЛИДЕР-МЕДИЦИНА»
_____/Тимаков Е.Ю./
личная подпись
«28» сентября 2026г

Приложение №3
к Локальному нормативному документу № 2-ЛОК\26
«Правила оказания платных медицинских услуг
в ООО «Лидер-медицина»».
«Образцы ИДС для совершеннолетних и дееспособных граждан»

пгт. Малаховка - 2026г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Иванов Иванов Иванович, «1» января 1980 г. рождения, зарегистрированный по адресу: Москва, Н, 1, 1, проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул. Н 1, кв. 1, в соответствии с ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "Лидер-Медицина" (лицензия Л041-01162-50/00331682 от 23.05.2019 г., действует бессрочно).

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи (в соответствии с Приложением № 1 к договору на оказание платных медицинских услуг), связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, сведения о порядках и стандартах медицинской помощи. Я ознакомлен(а) и согласен(а) с тем, что в соответствии со ст. 29-32 Закона РФ «О защите прав потребителей»: имею право на качество медицинской услуги, соответствующее договору и обычно предъявляемым требованиям; имею право на безопасность медицинской услуги для жизни и здоровья; имею право на полную и достоверную информацию об исполнителе и услуге; имею право отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов; имею право на возмещение вреда, причиненного вследствие недостатков услуги. Я подтверждаю, что до подписания настоящего ИДС Исполнитель в доступной форме проинформировал меня о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий (ОМС). Я добровольно и по собственной инициативе выбираю получение медицинской услуги на платной основе.

Я уведомлен(а) и согласен(а) с тем, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, приема лекарственных препаратов и правил подготовки к исследованиям, может повлиять на качество услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье. В этом случае Исполнитель не несет ответственности за негативные последствия, возникшие по моей вине (ст. 27 ФЗ-323).

Я подтверждаю, что предоставил(а) врачу полную и достоверную информацию о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах, контактах с инфекционными больными и иных факторах, влияющих на оказание медицинской помощи. Я понимаю, что сокрытие этой информации может привести к негативным последствиям для моего здоровья, за которые Исполнитель ответственности не несет. 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 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)

Иванов Иванов Иванович, +7(900)000-00-00

ФИО Мед.работника _____ / _____ /

«28» сентября 2026 г.