**Чек-лист для проверки заполнения ИДС**

* Полное название медорганизации

Данные медработника, который получает ИДС и оказывает медуслугу:

* Имя
* Должность
* Образование
* Квалификация
* ФИО пациента или законного представителя
* Дата дачи согласия
* Нормы из пункта 2 статьи 37 Закона №323-ФЗ о порядке оказания медпомощи
* Сведения о порядках и стандартах медпомощи, которые медработник применил при оказании медуслуги
* Перечень медвмешательств
* Основание и цель медвмешательства
* Возможные варианты развития заболевания и как медорганизация будет реагировать
* Риски медвмешательства
* Информация о праве пациента отказаться от медвмешательства
* Возможные последствия отказа от медвмешательства