

**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**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по
адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №
390н

(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082)
(далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения
первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я
являюсь

(ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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, 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 Российской
Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724;
2012,

№ 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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
Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья
или
состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.

(дата оформления)