## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,	
(фамилия, имя, отчес	ство (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«» г. ре	ождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного пред	дставителя)
	истрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:	ывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении	ывается в случае проживания не по месту регистрации)
	тчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
	рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании закон	
(в случае прожи	ивания не по месту жительства законного представителя)
	ное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
информированное добровольное	медицинских вмешательств, на которые граждане дают согласие при выборе врача и медицинской организации для
	анитарной помощи, утвержденный приказом Министерства развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1
	шательств, включенных в Перечень), для получения первичной
	нения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным
представителем которого я являюс	*
	(полное наименование медицинской организации)
связанный с ними риск, возможничисле вероятность развития обмедицинской помощи. Мне разъя видов медицинских вмешателью прекращения, за исключением слу от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «С Сведения о выбранном (выбранни пунктом 5 части 5 статьи 19 Федохраны здоровья граждан в Ро состоянии моего здоровья или с (ненужное зачеркнуть), в том числе	*
(фамилия, имя, с	отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
(фамилия, имя, с	отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)
(,	(walling of teetoo (ipi nam iii) sakoimoro iipegeraaniena)
(подпись)	(фамилия, имя, отчество медицинского работника)
« »	20 г.