

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного
представителя)

« ____ » _____ г.рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо
законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по
адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В
отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

_____ года рождения, зарегистрированный по
адресу:
« ____ » _____
(дата рождения пациента при
подписании законным
представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем ко-

торого я являюсь (ненужное
зачеркнуть) в _____
Обществе с ограниченной ответственностью
(полное наименование медицинской
организации)

_____ «Зеленое яблоко»

Медицинским
работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

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».

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 Российской Федерации» 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)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)