

## 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)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. 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 которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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». 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)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

### Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
в отношении: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения  
(фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)  
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень  
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное  
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной  
медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)  
Медицинским работником: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)  
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных  
видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания  
(состояния) \_\_\_\_\_  
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))  
Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких  
видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право  
оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского  
вмешательства.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.