

Форма

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. N 390н (зарегистрирован  
Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,  
2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5  
части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)