

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)

(степень родства) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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 ~~естественном моем здоровье 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)