

**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
(перечень на обороте)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина – полностью)

_____ года рождения,

_____ (дата рождения)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Эта часть бланка заполняется только на несовершеннолетних лиц или недееспособных граждан
паспорт _____ выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное выделить) ребенка или лица, признанного недееспособным, _____
_____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
зарегистрированного по адресу: _____
_____ (адрес места жительства ребенка или недееспособного гражданина)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства»
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 т.ч. 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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):

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

✓

(подпись)

(подпись)

« ___ » _____ 20 ___ г.
(дата оформления)