

**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, проживающего 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 23.04.2012 №390н (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 \_\_\_\_\_ ООО «Ассоль» \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (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 21.11.2011 №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 21.11.2011 №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) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. (дата оформления)