Приложение № 2

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=53002507A43FCA1B979A1EFB254F01D793169DC2516EEAD35498C8FAEDD681620642DC6C9A8B9A5E5D4991605FB708A46A31875D7CA72E87NCj9I) 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 (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, ФИО 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](consultantplus://offline/ref=53002507A43FCA1B979A1EFB254F01D793169DC2516EEAD35498C8FAEDD681620642DC6C9A8B9A5E5D4991605FB708A46A31875D7CA72E87NCj9I), или потребовать его (их) прекращения,

за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=53002507A43FCA1B979A1EFB254F01D7961592C55061EAD35498C8FAEDD681620642DC6C9A8B9858574991605FB708A46A31875D7CA72E87NCj9I) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 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](consultantplus://offline/ref=53002507A43FCA1B979A1EFB254F01D7961592C55061EAD35498C8FAEDD681620642DC6B9A83910A0506903C1AE71BA56631855460NAj7I) 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), в том числе после смерти:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | |
|  | | |
|  |  |  | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (дата оформления) |