

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(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,  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(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 апреля 2012 г. № 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 «Медико-санитарная часть №157»  
(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 ноября 2011 г. № 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 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), 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)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Решение о медицинском вмешательстве \_\_\_\_\_ (вид медицинского вмешательства) без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя в случаях и порядке, предусмотренных соответственно частью 9 и частью 10 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принято:

- консилиумом врачей, врачебной комиссией, лечащим (дежурным) врачом (ненужное зачеркнуть)

Реквизиты протокола врачебной комиссии:

(подпись) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

(подпись) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

(подпись) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

- судом: \_\_\_\_\_  
(указываются реквизиты решения суда, согласно которого разрешено проведение медицинского вмешательства)

(подпись) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)