

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 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, 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. 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 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)

\_\_\_\_\_ (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)