УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 года № 1051н

Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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. № 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. № 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) |
|  |
|  | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. |
|  | (дата оформления) |