**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**

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

**(Ф.И.О. гражданина)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,**

**зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(адрес места жительства гражданина либо**

**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 (зарегистрирован**

**Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -**

**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, Ф.И.О. 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" (Собрание законодательства Российской Федерации,**

**2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).**

**Сведения о выбранных мною лицах, 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)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**(дата оформления**