***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](https://1glv.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н](https://1glv.ru/#/document/99/902345725/XA00M6G2N3/) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее - [Перечень](https://1glv.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/)), 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](https://1glv.ru/#/document/99/902345725/XA00LTK2M0/), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://1glv.ru/#/document/99/902312609/XA00M962NE/) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 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 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://1glv.ru/#/document/99/902312609/XA00MDE2O2/) 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)* | | | | |  | | |