

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированная 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 пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающей 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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (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 «МКС «БЕЛАЯ ЛАДЬЯ» \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским \_\_\_\_\_ работником

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество 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 выбранных мною лицах, 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 гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.