

Приложение N 2
утверждено приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051Н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Пациент. ФИО

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

Пациент. Дата рождения г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Пациент. Полный адрес

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 390н1 (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

Клиника. Юридическое наименование

(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)
_____/Пациент. ФИО Пациент. Телефон

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного
представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Документ. Дата

(дата оформления)