Приложение 7 к приказу АУ «ДОЛ» от 29.02.2024 г. №18

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,**

**включенные в [Перечень определенных видов медицинских вмешательств,](https://docs.cntd.ru/document/902345725" \l "6500IL)**

**[на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи](https://docs.cntd.ru/document/902345725" \l "6500IL)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н](https://docs.cntd.ru/document/902345725#64U0IK) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - [Перечень](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL)), 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://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P60LT) (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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#A9U0NU) 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)* | | | |  | |

**……………………………………………………………………………………………………………………….......**

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,**

**включенные в [Перечень определенных видов медицинских вмешательств,](https://docs.cntd.ru/document/902345725" \l "6500IL)**

**[на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи](https://docs.cntd.ru/document/902345725" \l "6500IL)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н](https://docs.cntd.ru/document/902345725#64U0IK) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - [Перечень](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL)), 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://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P60LT) (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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#A9U0NU) 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)* | | | |  | |