

**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. № 390н (зарегистрирован Министерством  
Юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»  
(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 3 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)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)