*Приложение N 2*

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства*

*здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

Форма

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я,

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

г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий (ая) по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

г. рождения, проживающего (ей) 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](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250#l2) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (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

(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](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l114) статьи 20 Федерального закона от 21 ноября2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l105) 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 (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

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

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   г.

(дата оформления)