

Семейная клиника «Наш доктор»

Ростов-на-Дону ул. Ленина д.63, www.nashdoctor-rostov.ru

контактные данные: (863)301 33 32, (863)245 98 59, (863)245 93 25, [info@nahdoctor-rostov.ru](mailto:info@nahdoctor-rostov.ru)

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

(с изменениями от 10 августа 2015 г.)

**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,

зарегистрированпо а дресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской

Федерации 5 мая 2012 г. N 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации" (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 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.