

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

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.