

Приложение 7
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «__» _____ 2023 г. № __

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при
наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ года рождения, проживающего 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
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
(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 ГБУЗ «ГП № 12 ДЗМ» филиал № 3
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ (должность, фамилия,
имя, отчество 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".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом
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)

_____ (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)