

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1177н
(в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 N 549н)

Форма

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, _____, _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____,
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 ООО «Диамед».

Медицинским работником _____ 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)
Процедурный кабинет

"__" _____ г.