

Приложение №2
Утверждено приказом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 года №1051н

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированный(ая) по адресу:

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении

(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) по адресу:

(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) КГБУЗ "Наркологический диспансер г. Комсомольска-на-Амуре" Министерства здравоохранения Хабаровского края.

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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". **Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 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 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)

(дата оформления)