Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство ООО «Аргост»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина*

*либо законного представителя)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. 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)*

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=24.02.2022&dst=100009&field=134) 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 [<1>](#Par165) (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 ООО «Аргост»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=24.02.2022&dst=100009&field=134), или потребовать его (их) прекращения,

за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=383567&date=24.02.2022&dst=100263&field=134) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=383567&date=24.02.2022&dst=608&field=134) 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), в том числе после смерти:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| *(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)* |