Приложение N 2

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства*

*здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

                                                             Форма

              Информированное добровольное согласие

                  на медицинское вмешательство

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

           (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

                    либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный

    (дата рождения гражданина либо законного представителя)

по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   (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

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

       (в случае проживания не по месту жительства законного

                            представителя)

даю  информированное  добровольное  согласие  на  виды медицинских

вмешательств, включенные в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250#l2) 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> (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            (полное наименование медицинской организации)

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,  или  потребовать  его  (их) прекращения, за исключением

случаев, предусмотренных [частью 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l114) статьи 20 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](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l105)   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),

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)

<1>  Зарегистрирован  Министерством юстиции Российской Федерации 5

мая 2012 г., регистрационный N 24082.

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства*

*здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

                                                             Форма

                 Отказ от медицинского вмешательства

    Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_ г. рождения,

  (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина

                   либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (адрес места жительства гражданина

                                 либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_ г. рождения,

    (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения

         при подписании отказа законным представителем)

при     оказании     мне     (представляемому     лицу)  первичной

медико-санитарной помощи

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

              (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь   от   следующих   видов   медицинских   вмешательств,

включенных в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250#l2) 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>: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                    (наименование вида (видов)

                                    медицинского вмешательства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

                  (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

                              медицинского работника)

в  доступной  для  меня форме мне разъяснены возможные последствия

отказа  от  вышеуказанных  видов  медицинских  вмешательств, в том

числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются   возможные   последствия   отказа  от вышеуказанного

(вышеуказанных)  вида  (видов)  медицинского  вмешательства, в том

  числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

Мне    разъяснено,    что    при    возникновении  необходимости в

осуществлении    одного    или    нескольких    видов  медицинских

вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею

право  оформить  информированное  добровольное  согласие  на такой

(такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или

                      законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского

                                 работника)

                                               "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

                                                (дата оформления)

<1>  Зарегистрирован  Министерством юстиции Российской Федерации 5

мая 2012 г., регистрационный N 24082.