

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 20 декабря 2012 г. N 1177н
(с изменениями от 10 августа 2015 г.)

**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, _____
_____ (Ф.И.О. гражданина)
"___" _____ г. рождения, _____ зарегистрированный по _____ адресу:

(адрес места жительства гражданина либо 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. 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 «ПРИМАДЕНТ»
(полное наименование медицинской организации)

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. 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)

"___" _____ г.
(дата оформления)