

ОБРАЗЕЦ

Приложение N 2 МЗ РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

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 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 ООО
«Стоматологии Улыбка Тари».

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 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 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)

(Подпись / Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

(Подпись / Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.