Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 20 декабря 2012 г. № 1177н

*(в ред. 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» | | . | |
| (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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 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) | | |  |

**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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» | | . | |
| (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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 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) | | |  |