

**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, \_\_\_\_\_ года рождения,  
паспорт \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ ,  
место регистрации на территории РФ: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ ,  
место проживания на территории РФ: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ .

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 в

**Обществе с ограниченной ответственностью «САНМЕДЭКСПЕРТ», ОГРН 1067746286431,**  
лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-50-01-009730, выдана 22 мая 2018 г.  
Министерством здравоохранения Московской 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. 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

\*

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ г. V \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)  
(дата) (подпись)  
\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
(дата) (подпись)