



## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

19.09.2023

Я, Иванов Иван Иванович, дата рождения 15.06.1992, Паспорт 1254 123456 ГУ МВД РОССИИ ПО АЛТАЙСКОМУ КРАЮ дата выдачи 05.08.2015, Рубцовск, Комсомольская, 73 в отношении себя, 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 медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медикосанитарной помощи»<sup>1</sup> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медикосанитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ТЛК Медицина»

Медицинским работником врач ультразвуковой диагностики Петров Петр Петрович

(должность, фамилия, имя, отчество 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Иванов Иван Иванович +7 (xxx) xxx-xx-xx

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

Петров Петр Петрович

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

19.09.2023