

**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, *ФИО, ДД.ММ.ГГГГ г.р.*, _____
зарегистрированный по адресу: _____
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 в автономном учреждении
здравоохранения Воронежской области «Воронежский областной клинический консультативно
– диагностический центр».

Медицинским работником - (*ФИО, должность врача, к которому записан пациент*)
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 здоровья лица, законным
представителем которого я являюсь

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

(подпись)

(Ф.И.О. записанного пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. врача, к которому записан пациент)

“ _____ ” _____ г.
(дата оформления) = (дата приема)