

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 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения  
первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я  
являюсь в ООО «ЭПИОНА»

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 ч. 9 ст. 20  
Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.) «Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19  
Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.) «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)