

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р.,  
(ФИО гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

в отношении \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р.  
(ФИО и дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

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, утвержденный приказом МЗиСР РФ от 23.04.2012г. № 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи (получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь) в медицинском центре ООО «Саико».

Медицинским работником \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты 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 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п.5 ч.5 ст. 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО гражданина или его законного  
представителя, телефон, email)

Дата оформления " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2025г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)