

Приложение №2  
Утверждено приказом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 года №1051н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

Я, Иванова Анна Сергеевна 15.11.1986  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированный(ая) по адресу:

681032, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, д.146/2, кв.326  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) по адресу:

681032, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, д.146/2, кв.326  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении Ивановой Ольги Петровны 05.01.2010  
(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

Проживающий(ая) по адресу:

681032, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, д.146/2, кв.326  
(в случае проживания не по месту жительства 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 апреля 2012 г. № 390н (далее-виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) КГБУЗ "Наркологический диспансер г. Комсомольска-на-Амуре" Министерства здравоохранения Хабаровского края.

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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". **Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:**

Иванов Петр Дмитриевич (отец) 8 914 123 23 23  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина) (контактный телефон)

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

✓

Иванова Анна Сергеевна 8 909 456 98 98  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)