Приложение № 2

**№ Медицинского полиса ОМС к приказу Министерства**

здравоохранения Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. № 10

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | |  | | | | | | | | | |
|  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  | | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | | | | | | |
| в отношении | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) | | | | | | | |
| « |  | » |  | | | | |  |  | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения пациента при подписании законным представителем) | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| (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[[1]](#footnote-1) (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем ко-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| торого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в | | **ГБУЗ ГП № 62 ДЗМ** |
|  | | (полное наименование медицинской организации) |
|  | | |
| Медицинским работником | **Врач-терапевт** | |
|  | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | г. |
|  | (дата оформления) | | |  |

1. (подпись) [↑](#footnote-ref-1)