

**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)  
являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О. ребенка)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУ РО «РОВФД»-осмотр врачей: окулиста, невролога, ЛОР, ортопеда, ЛФК, физиотерапевта, спортивной медицины; проведение ЭКГ-обследования; забор крови на общий анализ, проведение общего анализа мочи 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Лицо / законный представитель лица (ненужное зачеркнуть), дающее информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, несет ответственность за предоставляемую информацию в ГБУ РО «РОВФД».

Подписывая данное информированное добровольное согласие, я даю своё согласие на передачу информации о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в спортивные и/или медицинские организации, а так же предоставляю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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):

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

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. (дата оформления).