

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на медицинское вмешательство**

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения *первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь* (ненужное зачеркнуть), в ООО СтЦ «Леонэ-Дент», расположенной по адресу: г. Москва, ул. Усиевича, д. 29, к. 1

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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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),

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

«\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (дата оформления)