

Утверждено приказом Министерств  
здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, (дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(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, (дата рождения пациента при подписании законным представителем)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (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) у Исполнителя - ООО «КЛИНИКА НАДЕЖДА» (ОГРН -7606130890 ИНН -7606130890 КПП-760601001, Юридический адрес 150040, Ярославская область, г.о. город Ярославль, г. Ярославль, пр-кт Ленина, д. 18/50, помещ. 69, 1 этаж).

Медицинским работником ООО «КЛИНИКА НАДЕЖДА» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, и 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 1 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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. 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, в том числе после смерти:

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

Я подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг у Исполнителя - ООО «КЛИНИКА НАДЕЖДА».

При этом Исполнитель в доступной для меня форме, до начала оказания услуг и до подписания мною договора:

- ознакомил с Правилами предоставления платных медицинских услуг
- ознакомил с действующим Прейскурантом цен;
- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил в письменной форме до заключения Договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и аннулировать ответственность Исполнителя.

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника ООО «КЛИНИКА НАДЕЖДА»)

Дата оформления: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г