

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(ФИО (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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 МЗ и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (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)

в **ООМПДПОУГАУЗ «Детская городская поликлиника №9» г. Казани**
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество 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 РФ".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным

представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(ФИО (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(ФИО (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (ФИО (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(ФИО (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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 МЗ и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (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), **осмотр по Приказу Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2025года N 211н"О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"** в ООМПДПОУ ГАУЗ

«Детская городская поликлиника №9»г.Казани
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество 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 РФ".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(ФИО (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(ФИО (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (ФИО (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

" ____ " _____ г.
(дата оформления)