

**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, проживающего 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. N 390н<sup>1</sup> (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 **ФГАУЗ «Больница Пущинского научного центра РАН».**

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(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. 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

Пациент:

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
дата

Врач:

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
дата

*Приложение  
к Приказу МЗ РФ № 390  
от 23.04.2012 г.*

**Перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования (измерение роста веса).
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
10. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), КТ, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, пункция и катетеризация периферических вен.
12. Медицинский массаж, лечебная физкультура.
13. Физиотерапевтическое лечение

Пациент:

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

**Приложение N 3**  
**утверждено приказом Министерства**  
**здравоохранения**  
**Российской Федерации**  
**от 12 ноября 2021 г. N 1051н**

Форма

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения  
гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо  
законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и  
дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной  
помощи в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от  
вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность  
развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного  
(вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе  
вероятность развития осложнений заболевания (состояния)  
Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении  
одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых  
оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное  
добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского  
вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного  
представителя гражданина)  
\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника) \_\_\_\_\_ (дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г.,  
регистрационный N 24082.