|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 2к приказу Министерстваздравоохранения Российской Федерацииот 12 ноября 2021 г. № 1051н |  |
|  | **Информированное добровольное согласиена медицинское вмешательство** |  |
|  | Я |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) |  |
|  |  |  | рождения, 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) |  |
|  |  |  | рождения, зарегистрированный 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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, аконным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в СПБ ГБУЗ КДП №1, фактический адрес: 197183, Санкт-Петербург г, Приморский пр-кт, дом 3, литера А. Юридический адрес: 197183, Санкт-Петербург г, Приморский пр-кт, дом 3, литера А |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Медицинским работником |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (должность, ФИО) |  |
|  | 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. № 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) законного представителя гражданина, контактный телефон) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (дата оформления) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |