

**Информированное добровольное СОГЛАСИЕ на виды 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\***

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего)

зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Являясь законным представителем несовершеннолетнего(-ей) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(ФИО и дата рождения несовершеннолетнего)

настоящим даю свое информированное добровольное согласие в отношении своего несовершеннолетнего ребенка на виды 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 медикосанитарной помощи, утвержденные 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 в

ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО 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).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

\* Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н, оформляется в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».