



**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

**Informed Voluntary Consent
to Medical Intervention**

Я, АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ

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

01.01.1950 г. рождения

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный (ая) 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 гражданина либо законного представителя)

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. № 390н (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 АО «МОСИТАЛМЕД».

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. № 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:

I, АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ

(surname, first name, patronymic (if any) of the citizen or legal representative)

born on **01.01.1950**

(date of birth of the citizen or legal representative)

registered at:

(registration address of the citizen or legal representative)

residing at:

(to be specified if the place of residence is different from the place of registration)

with respect to

(surname, first name, patronymic (if any) of the patient when the consent is signed by the legal representative)

born on

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

residing at:

(to be specified if the patient's place of residence is different from the place of residence of the legal representative)

give my informed voluntary consent to the types of medical interventions listed in the List of Certain Types of Medical Interventions to Which Citizens Give Their Informed Voluntary Consent When Choosing a Doctor and a Medical Organisation for Obtaining Primary Health Care, approved by Order No. 390n(390n) of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated 23 April 2012 (hereinafter, the 'types of medical interventions listed'), for obtaining primary health care / obtaining primary health care by the person whose legal representative in MOSITALMED JSC I am (delete as appropriate).

The medical worker _____

(position, surname, first name, patronymic (if any) of the medical worker)

has explained in the form available to me, the goals, methods of medical care, associated risk, possible options for medical interventions, their consequences, including the probability of complications development, as well as the expected results of the medical care provided. It has been explained to me that I may refuse one or more types of medical interventions listed or demand its (their) termination, except for cases stipulated by Part 9 of Article 20 of Federal Law No. 323-FZ(323-ФЗ) 'On Fundamental Healthcare Principles in the Russian Federation' dated 21 November 2011.

Information about the person(s) chosen by me, to whom, in accordance with Clause 5 of Part 5 of Article 19 of Federal Law No. 323-FZ 'On Fundamental Healthcare Principles in the Russian Federation' dated 21 November 2011, information about the state of my health or the state of health of the person whose legal representative I am (delete as appropriate) may be transferred, including after death:



11637

**АФАНАСЬЕВ ВИКОР
ТИМОФЕЕВИЧ**
тел. +7

Согласен(-а)	Не согласен (-а)

Нужное отметить

АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ
tel. +7

Agree	Disagree

Mark whichever applies

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

(surname, first name, patronymic (if any) of the citizen, contact telephone number)

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

(surname, first name, patronymic (if any) of the citizen, contact telephone number)

(подпись)

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

(signature)

(surname, first name, patronymic (if any) of the citizen or his/her legal representative, telephone number)

(подпись)

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

(signature)

(surname, first name, patronymic (if any) of the medical worker)

« 18 » августа 2023 г.
(дата оформления)

« 18 » august 2023
(date of issue)