

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

я, **Иванов Иван Иванович** (ФИО родителя)
(Ф. И. О. гражданина)
« XX » XXXXXX XXXX года рождения, зарегистрированный по адресу:
г. Москва, ул. Ленина, д. 5, кв. 1 (адрес регистрации родителя)
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмеша-
тельств, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для

получения первичной медико-санитарной помощи получения первичной медико-санитарной помощи лицом,
законным представителем которого я являюсь
в Обществе с ограниченной ответственностью «Новая Медицина»
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником **врачом-педиатром Никифоровым Алексеем Николаевичем**
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)
специальность и ФИО консультирующего врача

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмеша-
тельств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъясне-
но, 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).

Сведения о выбранных мною лицах, 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 о состоянии здоровья лица, законным
представителем которого я являюсь
Иванова Мария Ивановна +7(903)0000000 (ФИО ребенка, контактный номер родителя, заполняющего согласие)
(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

ПОДПИСЬ **Иванов Иван Иванович** (подпись) (Подпись и ФИО родителя) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)
ПОДПИСЬ **Никифоров Алексей Николаевич** (подпись) (Подпись и ФИО консультирующего врача) (Ф. И. О. медицинского работника)
« XX » XXXXXXXX 20 XX г.
(дата оформления)