



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

УТВЕРЖДЕНО приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Я, гражданин либо законный представитель:

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО			
ДАТА РОЖДЕНИЯ	АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ		
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (если не совпадает с регистрацией)			

В отношении пациента — заполняется при подписании законным представителем:

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО			
ДАТА РОЖДЕНИЯ	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ		

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мной или лицом, законным представителем которого я являюсь, в Обществе с ограниченной ответственностью «Рич-Мед Эстетикс 2» (ИНН 7743165982).

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, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК (должность, ФИО)	
--	--

Лица, которым может быть передана информация о состоянии здоровья

В соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти, может быть передана:

	ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН	
--	---------------------------	-----------------------	--

Гражданин / законный представитель

ПОДПИСЬ	Ф. И. О. ПОЛНОСТЬЮ, ТЕЛЕФОН
ДАТА ПОДПИСАНИЯ	

Медицинский работник

ПОДПИСЬ	Ф. И. О. ПОЛНОСТЬЮ
ДАТА ПОДПИСАНИЯ	