

**Согласие  
гражданина (его законного или уполномоченного представителя)  
на направление и проведение медико-социальной экспертизы**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного или уполномоченного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
и проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства гражданина либо его законного или уполномоченного представителя)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(кем выдан, дата)  
СНИЛС: \_\_\_\_\_  
(сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета)

даю согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы меня/направление на проведение медико-социальной экспертизы гражданина *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
\_\_\_\_\_ года рождения, законным или уполномоченным представителем которого я являюсь  
*(нужное подчеркнуть)*, в том числе с использованием видов медицинских вмешательств, включенных  
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информиро-  
ванное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первич-  
ной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социаль-  
ного развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством  
юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный  
№ 24082)<sup>1</sup>, и специального диагностического оборудования в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина)

Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы *(нужное отметить)<sup>2</sup>*.

<input type="checkbox"/> С личным присутствием	<input type="checkbox"/> Без личного присутствия
--	--

Лечащим врачом (заведующим отделением) *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

1 – Перечень.

2 – Данные отмечаются условным знаком «X», вносимым в соответствующие квадраты

мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную экспертизу<sup>3</sup> в целях \_\_\_\_\_

(указать цель направления на медико-социальную экспертизу)

Мне разъяснен порядок проведения медико-социальной экспертизы<sup>5</sup>, цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия рекомендуемых реабилитационных мероприятий. Разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, отказаться от направления на медико-социальную экспертизу, а также имею право отказаться от выполнения составленной мне в ходе медико-социальной экспертизы программы дополнительного обследования и от получения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) путем подачи в бюро (главное бюро медико-социальной экспертизы, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы) заявления в простой письменной форме.

Также мне разъяснено, что согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным или уполномоченным представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным или уполномоченным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить, возможны несколько способов)<sup>2</sup>.

____ по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений	____ в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением	____ в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг(функций)» <sup>6</sup>
---	--	---

Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина<sup>7</sup>:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя гражданина)	
(адрес места жительства законного или уполномоченного представителя гражданина)	
(подпись гражданина либо его законного или уполномоченного представителя)	(расшифровка подписи)
(подпись лечащего врача/заведующего отделением медицинской организации)	(расшифровка подписи)
(дата)	

3 - Раздел III Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 15, ст. 2506).

4 - Пункт 5 формы № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 февраля 2021 г. № 27н/36н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 июня 2021 г., регистрационный № 63721).

5 - Раздел IV Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 15, ст. 2506).

6 - При наличии технической возможности, в том числе технической готовности ФГИС «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

7 - Заполняется в случае, если форму согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы заполняет его законный или уполномоченный представитель.