Приложение N 2

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я, Чекмак Дмитрий Алексеевич

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

02.03.1994 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Кировская область, Киров город, Ленинский, Молодежный (Лянгасово мкр.), д.5, кв.160

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: СПб, Калининский район, Кушелевская дорога, д.7, к.5, кв.142

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписанииu законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044652FB774BEF0522023719FAB213D6C4A1D9AD61EE40A873758CEF9507F1260B9F1D5CAE02C886726E66FFJ) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения доврачебной медико-санитарной помощи / первичной медико-санитарной помощи / первичной специализированной медико-санитарной помощи / специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи/ скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи/паллиативной медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н [<1>](#P165) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень),

для получения первичной доврачебной медико-санитарной помощи / получения первичной доврачебной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / получения первичной специализированной медико-санитарной помощи / получения первичной специализированной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)/получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи / получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / получения скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи / получения скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / получения паллиативной медицинской помощи / получения паллиативной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская Мариинская больница", 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д.56 ,

(полное наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинским работником | Лечащий врач |  |

(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](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044652FB774BEF0522023719FAB213D6C4A1D9AD61EE40A873758CEF9507F1260B9F1D5CAE02C886726E66FFJ), или потребовать его (их) прекращения,

за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044650F17D4BED0422023719FAB213D6C4A1D9AD61EE40A8717386EF9507F1260B9F1D5CAE02C886726E66FFJ) 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](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044650F17D4BED0422023719FAB213D6C4A1D9AD61E940A07821D4A0945BB571189F1C5CAC01D468F6J) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Чекмак Дмитрий Алексеевич | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) | | |
|  |  |  | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | | |
|  | | | | 28.08.2024 г.  (дата оформления) |