



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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

являясь законным представителем _____

_____ « ____ » _____ г. рождения,
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. N 390н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -
Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-
санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в
ООО «Белла Вита Дент»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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" (Собрание
законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19
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):

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.