

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, {{ Пациент.ФИО }} {{ Пациент.Дата рождения }} г. рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу {{ Пациент.Полный адрес }} проживающий(-ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(ФИО (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в (*Название клиники*) Медицинским работником _____
(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](#), 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". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:

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

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

Дополнительно мне разъяснено и я подтверждаю, что:

- Моя медицинская документация ведётся в **электронной форме** с применением **усиленной квалифицированной электронной подписи** (УКЭП) медицинских работников, в соответствии с приказом Минздрава России от 24.02.2023 № 118н;
- Я имею право на **доступ к своей электронной медицинской карте (ЭМК)**, включая протоколы приёма, назначения, результаты исследований и иные сведения, через:
 - Личный кабинет пациента (портал Госуслуг)
 - По письменному заявлению в адрес медицинской организации;
- Данные о полученной мною медицинской помощи, в том числе сведения, содержащиеся в ЭМК, **передаются в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)** в установленном порядке.

(подпись) {{ Пациент.ФИО }}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, тел.)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)