

**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, \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г.р.,  
*(ФИО гражданина)*

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, па 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. № 24082) (далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы»  
медицинским работником \_\_\_\_\_

*(должность, ФИО 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 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (Собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_  
*(ФИО ребенка)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(ФИО гражданина либо законного представителя гражданина, номер телефона)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(ФИО медицинского работника)*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
*(дата оформления)*