

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
"\_\_" \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

---

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(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 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. № 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 \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, фамилия,  
имя, отчество 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. № 323-ФЗ "Об  
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом  
Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

---

|                    |                                                                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____<br>(подпись) | _____<br>(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного<br>представителя, телефон) |
| _____<br>(подпись) | _____<br>(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)                                 |

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