

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения РФ  
от 20 декабря 2012 г. № 1177н  
(в ред. от 10 августа 2015 г.)

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые  
в Перечень определённых 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень  
определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное  
согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи,  
утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23  
апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г.  
№ 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной  
медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

\_\_\_\_\_ ГУЗ Городская поликлиника №5

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

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, включённых 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442,  
3446).

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

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (дата оформления)