

Приложение N 2  
утверждено [приказом](#) Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 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. N 390н<sup>1</sup> (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 (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)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его  
законного представителя, телефон)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)  
" " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)