

**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 \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. р., проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

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

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
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 23.04.2012 г. № 390н (далее - Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи, а также проведения туберкулинодиагностики \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(степень родства, Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью)

\_\_\_\_\_, г. р.  
законным представителем которого я являюсь, в медицинском пункте филиала федерального государственного казенного общеобразовательного учреждения «Нахимовское военно-морское училище Министерства обороны Российской Федерации» в г. Калининграде и медицинских учреждениях Калининградской области.

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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Перед поступлением в филиал Нахимовского военно-морского училища в г. Калининграде я поставила в известность руководство и медицинского работника филиала НВМУ в г. Калининграде обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введению вакцин нашему ребенку (опекаемому).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь,

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года

Информация о состоянии здоровья \_\_\_\_\_  
(степень родства, Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью)

указана в полном объеме в медицинской документации.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)