

**КЛИНИКА ДОКТОРА ЗАГЕРА (ООО «МЕГАИНФО»)**

115280, Москва, 1-ый Кожуховский пр., д. 1/7, Лицензия Л041-01137-77/00368452 от 17 июля 2008г., тел. +7 (495) 236-76-52

Приложение № 2  
утверждено Приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

*(адрес регистрации пациента)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

*(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

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, (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2011 года № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи Обществу с ограниченной ответственностью «МЕГАИНФО»(Клиника доктора Загера), 115280, г. Москва, 1-ый Кожуховский проезд, д 1/7. Свидетельство серия 77 № 005321399 от 01 октября 2002г., выданное Межрайонной инспекцией МНС Росси №39 по г. Москве. Лицензия Л041-01137-77/00368452 от 17 июля 2008г. выданная Департаментом здравоохранения города Москвы.

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, 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) пациента, телефон)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

*(дата оформления)*