

**Приложение №2**  
**к приказу Министерства здравоохранения РФ**  
**от 20 декабря 2012 г. №1177н**

**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, , г. рождения,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя )

\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность)

зарегистрированный (ая) по адресу:

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

даю информированное добровольное согласие на

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского вмешательства)

являющийся одним из видов медицинских вмешательств, включенных 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 2012г. N390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. N24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_ ООО «ВИД»

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные 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 2011г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст.6724; 2012, N26, ст.3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N323-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)

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

подпись

расшифровка подписи

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на проведение и использование фото-видеосъемки результатов процедур**

Я, , г. рождения,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя )

находясь на лечении, проведении косметологических процедур в ООО «ВИД», даю согласие на проведение специалистом фото и/или видеосъемки этапов прохождения косметологических процедур и/или лечебного процесса и разрешаю использовать полученные фото и/или видеоматериалы в научных, образовательных целях, а также для публикации, докладов и создания фото-портфолио на сайте Центра новейших стоматологических и косметологических технологий «ВИД» <http://denta-vid.ru/> в разделе «Галерея До и После».

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

подпись

расшифровка подписи

\_\_\_\_\_ (дата оформления)