

**Информированное добровольное согласие на вид медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие на проведение диагностических манипуляций**  
Я,

---

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения

---

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в ООО «Клиника Эконом», включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее –Перечень), на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации при прохождении обязательных предварительных или периодических медицинских осмотров в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. N 302н.

Удостоверяю, что мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы и объем обязательных медицинских осмотров, в том числе вероятность развития осложнений, а также возможные результаты заключения медицинского осмотра. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от предложенного объема медицинских исследований.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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.

---

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

---

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина)

---

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. (дата оформления)