

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

На основании статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество пациента полностью, дата рождения пациента)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Эта часть бланка заполняется только законным представителем пациента<sup>1</sup>:

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента полностью)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем: \_\_\_\_\_  
(указать кем является законный представитель пациенту-мать, отец, опекун, попечитель)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество пациента полностью, дата рождения пациента)

Данные документа, подтверждающего права законного представителя пациента (свидетельства о рождении, решения суда, документа органа опеки и попечительства или иного документа) \_\_\_\_\_

поставлен(-а) в известность, что я (лицо, законным представителем которого я являюсь) обратился (-ась) за медицинской помощью в медицинскую организацию Общество с ограниченной ответственностью «Ситидок-Эксперт Казань».

До подписания мной настоящего информированного добровольного согласия:

- Медицинским работником выше указанной медицинской организации мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания.

- Я ознакомлен(-а) с распорядком и правилами поведения пациентов, лечебно-охранительного режима, установленными в данной медицинской организации и обязуюсь их соблюдать.

- Мне в полной и доступной форме разъяснено, что медицинское вмешательство - это выполняемые медицинским работником по отношению ко мне (лицу, законным представителем которого я являюсь), затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

- Медицинским работником выше указанной медицинской организации в доступной для меня форме мне предоставлена полная информация о целях, методах оказания мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, связанном с ними риске, о возможных вариантах медицинского вмешательства

\_\_\_\_\_ (указать медицинское вмешательство)

о его(их) последствиях, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

-Мною полностью осознана и понятна представленная медицинским работником информация о \_\_\_\_\_  
(указать медицинское вмешательство)

о целях, методах оказания мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его(их) последствиях, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

-Добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство \_\_\_\_\_  
(указать медицинское вмешательство)

- Мне разъяснено в доступной форме и мною осознано, что в ходе выполнения указанного медицинского вмешательства (лечения) может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства (дополнительные методы обследования, смена лечения). Я доверяю медицинским работникам проводить мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинские мероприятия, которые медицинский работник выберет в качестве необходимых для улучшения моего здоровья.

- Я информирован (-а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, осложнениях, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) предстоит делать во время их проведения.

- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в настоящее информированное добровольное согласие или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- Я извещен(-а) о том, что мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с медицинским работником прием любых, не прописанных препаратов, продуктов питания в период прохождения лечения.

- Я предупрежден(-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья вплоть до летального (смертельного) исхода.

- Я поставил (-а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, обо всех перенесенных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня в период жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (-на) и согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанное медицинское вмешательство в предложенном объеме.

- В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" разрешаю передавать информацию о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество гражданина)

Пациент или законный представитель пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Я свидетельствую, что предоставил и разъяснил пациенту (законному представителю пациента) всю вышеуказанную информацию, дал ответы на все вопросы. Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии.

\_\_\_\_\_ (подпись медицинского работника)

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

Дата оформления «19» мая 2026 г.

<sup>1</sup>В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, не достигшего 15-летнего возраста или лица, больного наркоманией, не достигшего 16-летнего возраста, дает один из родителей или иной законный представитель (опекун, попечитель, усыновитель); в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает опекун.