



Комитет здравоохранения Курской области

**Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Курская клиническая психиатрическая больница имени святого  
великомученика и целителя Пантелеимона»  
(ОБУЗ ККПБ)**

**П Р И К А З**

№ 124

от 17.04.2018

**Об утверждении форм информированного  
добровольного согласия на виды медицинских вмешательств  
и отказа от видов медицинских вмешательств**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 11 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», Уставом ОБУЗ «ККПБ»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить форму информированного добровольного согласия на виды 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 (приложение № 1).
2. Утвердить форму отказа от 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 (приложение № 2).
3. Ответственному за ведение официального сайта ОБУЗ «ККПБ» (Леонидову В.А.) разместить данный приказ на официальном сайте лечебного учреждения в сети «Интернет».
4. Заведующему диспансерным отделением ОБУЗ «ККПБ» (Рошину Ю.В.):

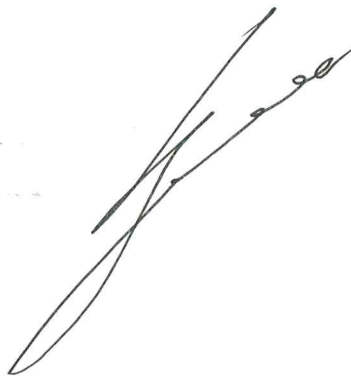
- обеспечить размещение данного приказа на информационном стенде первого этажа здания диспансерного отделения для беспрепятственного ознакомления с ним гражданами;

- обеспечить использование форм, утвержденных п.1, 2 настоящего приказа при оказании платных услуг.

5. Признать утратившими силу приказы № 107 от 04.04.2018 «Об утверждении форм отказа на виды медицинских вмешательств», № 108 от 04.04.2018г. «Об утверждении форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство» и № 90 от 16.03.2018г. «Об утверждении форм информированного добровольного согласия и отказа на виды медицинских вмешательств».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



В.А. Рошин

**Информированное добровольное согласие на виды 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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

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

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 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

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

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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым 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» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

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

\_\_\_\_\_ .  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_ .  
(подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

**Отказ от 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**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный

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

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

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

отказываюсь от следующих 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 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (дата оформления)