



**Приложение №2**  
к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Форма

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, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.,  
зарегистрированный по адресу:

(дата рождения)

\_\_\_\_\_ в рамках Договора, желаю  
получить

(адрес места жительства Заказчика(Потребителя), либо законного представителя)

платные медицинские услуги в ООО «Клиника головной боли» для потребителя  
(ФИО потребителя), и даю

информированное согласие (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ) на виды  
медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на  
которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для  
получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012г.  
№390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082 далее – Перечень): на опрос, в  
том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; на осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию,  
термометрию; тонометрию, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования  
нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы исследования, в том числе  
клинические, биохимические, бактериологические, иммунологические; функциональные методы обследования,  
в том числе ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, введение лекарственных препаратов по назначению  
врача, в том числе в/в, в/м, п/к, в/к, в околоуставное пространство и внутрисуставно; рефлексотерапию,  
мануальную терапию, медицинский массаж, лечебную физкультуру и психотерапию для получения первичной  
медико-санитарной помощи/для получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем  
которого я являюсь в ООО «Клиника головной боли» (выбрать нужное) медицинским работником

\_\_\_\_\_ мне в доступной для меня  
форме разъяснены и мною

(должность, ФИО медицинского работника)

осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты  
медицинского вмешательства, 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 ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11 № 323 «Об основах охраны  
здоровья граждан в РФ» (собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст.3442, 3446). При  
этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Сотрудником ООО «Клиника головной боли» мне разъяснена возможность проведения медицинской услуги  
на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен(на) оплатить  
услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинской услуги, о правилах ее оплаты и документах,  
подтверждающих этот факт.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов  
услуг.

3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата, при оказании медицинских услуг и после  
нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить

вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Клиника головной боли» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Клиника головной боли». Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

6. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Клиника головной боли», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

7. Я понимаю необходимость проведения медицинской услуги и предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен(согласна) на то, что ход медицинской услуги может быть изменен врачами по их усмотрению.

8. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач.

10. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.

Против записи данных о проведенной медицинской услуге на информационные носители при условии сохранения врачебной тайны

---

*возражаю/ не возражаю*

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (выбрать нужное)

---

(подпись)

(ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинскую услугу мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Подпись Заказчика (Потребителя): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Дата оформления \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись медицинского  
работника