

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 21 июля 2015 г. № 474н

Форма

Информированное добровольное согласие  
на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов  
профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(адрес места жительства (пребывания) гражданина либо законного представителя)

лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), даю  
информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в рамках НИР

в Федеральном бюджетном учреждении «Приволжский федеральный медицинский  
исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения и  
реабилитации, цели, метод/методы оказания медицинской помощи в рамках клинической  
апробации, 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 методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при  
оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации или потребовать его (их)  
прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе  
вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, родителя или иного законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ Г.  
\_\_\_\_\_

(дата оформления)