

**СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо его  
законного (уполномоченного) представителя)

даю согласие на проведение медико-социальной экспертизы/проведение медико-социальной экспертизы гражданина, законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием 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., регистрационный № 24082)<sup>1</sup>, в

\_\_\_\_\_ (полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы)<sup>2</sup>, в котором проводится медико-социальная экспертиза гражданина)

Специалистом бюро (главного бюро, Федерального бюро) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

в доступной для меня форме разъяснены порядок, условия и методы проведения медико-социальной экспертизы, включая методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия рекомендуемых реабилитационных мероприятий. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, а также имею право отказаться от выполнения составленной мне/гражданину, законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), в ходе медико-социальной экспертизы программы дополнительного обследования и от получения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) путем подачи в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) в простой письменной форме заявления.

\_\_\_\_\_  
(подпись гражданина либо  
его законного (уполномоченного)  
представителя)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста бюро  
главного бюро, Федерального бюро)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Далее – Перечень.

<sup>2</sup> Далее соответственно - бюро, главное бюро, Федеральное бюро.