

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПРИКАЗ**  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

### **ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ФОРМЫ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМЫ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

В соответствии с [частью 8 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) и [подпунктом 5.2.19 пункта 5](#) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить:

порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства согласно [приложению N 1](#);

форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно [приложению N 2](#);

форму отказа от медицинского вмешательства согласно [приложению N 3](#).

2. Признать утратившими силу:

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н "О внесении изменения в приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июля 2019 г. N 538н "О внесении изменений в порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 августа 2019 г., регистрационный N 55665).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2022 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

Министр  
М.А.МУРАШКО

Приложение N 1

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**ПОРЯДОК  
ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

1. 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в [пункте 2](#) настоящего Порядка.

-----

<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

2. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной [законный представитель](#) в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного [частью 5 статьи 47](#) и [частью 2 статьи 54](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) <2>, или лица, признанного в установленном законом [порядке](#) недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

-----

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165.

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных [законодательством](#) Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной

дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста) <3>.

-----

<3> В соответствии с [частью 2 статьи 20](#) Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача <4> при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

-----

<4> [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный N 24278).

4. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [приложением N 2](#) к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

7. Гражданин или его законный представитель, указанный в [пункте 2](#) настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

8. Гражданин, один из родителей или иной [законный представитель](#) лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона N 323-ФЗ <5>.

-----

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 10, ст. 888.

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [приложением N 3](#) к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

10. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя <6>.

-----

<6> В соответствии с [пунктом 22](#) Правил использования простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 25 января 2013 г. N 33 "Об использовании простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 5, ст. 377; 2018, N 49, ст. 7600).

Приложение N 2

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

на медицинское вмешательство

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

"\_\_" "\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина  
либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту  
регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании  
согласия законным представителем)

"\_\_" "\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании  
законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства 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. N 390н <1> (далее - виды  
медицинских вмешательств, включенных в 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, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)  
в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21  
ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его  
законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

-----  
<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

Приложение N 3

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина  
либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина  
либо законного представителя)  
в отношении \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения  
при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) 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. N 390н <1>: \_\_\_\_\_  
(наименование вида (видов)  
медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
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) \_\_\_\_\_

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных)  
вида (видов) медицинского вмешательства, 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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного  
представителя гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ Г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника)

(дата оформления)

-----  
<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г.,  
регистрационный N 24082.

\_\_\_\_\_