

Приложение
к приказу Министерства труда и
социальной защиты
Российской Федерации
от 27 мая 2019 г. № 355н

Форма

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)¹, в

_____.
(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы)², в котором проводится медико-социальная экспертиза гражданина)

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

¹ Далее – Перечень.

² Далее соответственно - бюро, главное бюро, Федеральное бюро.

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 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.
(дата)