

По состоянию на 29.04.2022 это лишь ПРОЕКТ, т.е. ещё может корректироваться

**Об утверждении формы согласия  
гражданина (его законного или уполномоченного представителя)  
на направление и проведение медико-социальной экспертизы**

В соответствии с абзацем шестым пункта 17 Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 15, ст. 2506), приказываю:

1. Утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации форму согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы согласно приложению.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 февраля 2021 г. № 39н «Об утверждении формы согласия гражданина на направление на медико-социальную экспертизу» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 апреля 2021 г., регистрационный № 63314).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2022 г.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_\_

Форма

**Согласие  
гражданина (его законного или уполномоченного представителя)  
на направление и проведение медико-социальной экспертизы**

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

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

и проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(адрес места жительства гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(кем выдан, дата)

даю согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы меня /  
направление на проведение медико-социальной экспертизы гражданина (*нужное  
подчеркнуть*)

\_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
\_\_\_\_\_ года рождения, 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>, и специального диагностического  
оборудования в \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Далее – Перечень.

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина).

Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы с личным присутствием (очно) / без личного присутствия (заочно) *(нужное подчеркнуть)*.

Лечащим врачом (заведующим отделением) *(нужное подчеркнуть)*

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

медицинской организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную экспертизу<sup>2</sup> в целях \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать цель направления на медико-социальную экспертизу)<sup>3</sup>.

Мне разъяснен порядок проведения медико-социальной экспертизы<sup>4</sup>, 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. Разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, отказаться от направления на медико-социальную экспертизу, 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) заявления в простой письменной форме.

Также мне разъяснено, что согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем с использованием усиленной

<sup>2</sup> Раздел III Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 15, ст. 2506).

<sup>3</sup> Пункт 5 формы № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 февраля 2021 г. № 27н/З6н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 июня 2021 г., регистрационный № 63721).

<sup>4</sup> Раздел IV Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 15, ст. 2506).

квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением / в форме электронного документа с использованием информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»<sup>5</sup> (*нужное подчеркнуть*).

Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина<sup>6</sup>:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя гражданина)

---

(адрес места жительства законного (уполномоченного) представителя гражданина)

---

(подпись гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)

---

(расшифровка подписи)

---

(подпись лечащего врача/ заведующего отделением медицинской организации)

---

(расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

<sup>5</sup> При наличии технической возможности, в том числе технической готовности ФГИС «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

<sup>6</sup> Заполняется в случае, если форму согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы заполняет его законный (уполномоченный) представитель.