

Форма

Информированное добровольное согласие
иностранного гражданина и лица без гражданства
(их законных представителей)
на проведение медицинского освидетельствования

Я, _____ (Ф.И.О. иностранного гражданина),
гражданин _____ (указать гражданство) (вариант: лицо без гражданства), " __ " _____
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места
жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие
на медицинское освидетельствование, проводимое в соответствии с [п. 7](#) Порядка подтверждения
наличия или отсутствия инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и
являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание
иностранцев и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на
работу в Российской Федерации, утвержденного Приказом Минздрава России от 29.06.2015 N 384н,
лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в
_____ (полное наименование медицинской организации).

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского
работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения медицинского
освидетельствования, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их
последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты
медицинского освидетельствования. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или
нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением
случаев, предусмотренных [ч. 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с [п. 5 ч. 5 ст. 19](#) Федерального закона
от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть
передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица,
законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть),

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

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" __ " _____ г.
(дата оформления)