Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 7 июня 2022 г. № 385н

**Согласие**

**гражданина (его законного или уполномоченного представителя)**

**на направление и проведение медико-социальной экспертизы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного или уполномоченного представителя) | | | | | | | | | |
|  | | года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| и проживающий(-ая) по адресу: | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | , |
| (адрес места жительства гражданина либо его законного или уполномоченного представителя) | | | | | | | | | |  |
| паспорт: серия | | |  | № |  | | , выдан |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | , |
| (кем выдан, дата) | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС: |  | - |  | - |  |  |  | , |
| (сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета) | | | | | | | | |

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 или 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]](#footnote-1), и специального диагностического оборудования в |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | . |
| (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 *(нужное отметить)[[2]](#footnote-2)*.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | С личным присутствием |  |  | Без личного присутствия |
|  |  |  |  |  |  |

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[[3]](#footnote-3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| в целях |  | |
|  | | |
|  | | . |
| (указать цель направления на медико-социальную экспертизу)[[4]](#footnote-4) | |  |

Мне разъяснен порядок проведения медико-социальной экспертизы[[5]](#footnote-5), 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 медико-социальной экспертизы, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы) 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 или уполномоченным представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным или уполномоченным представителем с использованием усиленной 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 *(нужное отметить, возможны несколько способов)*2.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений |  |  | в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением |  |  | в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»[[6]](#footnote-6) |
|  |  |  |  |  |  |

Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина[[7]](#footnote-7):

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя гражданина) |
|  |
| (адрес места жительства законного или уполномоченного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись гражданина либо его законного  или уполномоченного представителя) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись лечащего врача/заведующего отделением  медицинской организации) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |
|  |  |  | (дата) |  |  |  |

1. Далее — Перечень. [↑](#footnote-ref-1)
2. Данные отмечаются условным знаком «X», вносимым в соответствующие квадраты. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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). [↑](#footnote-ref-3)
4. 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/36н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 июня 2021 г., регистрационный № 63721). [↑](#footnote-ref-4)
5. 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). [↑](#footnote-ref-5)
6. При наличии технической возможности, в том числе технической готовности ФГИС «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)». [↑](#footnote-ref-6)
7. Заполняется в случае, если форму согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы заполняет его законный или уполномоченный представитель. [↑](#footnote-ref-7)