

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 7 июня 2022 г. N 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 \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(кем выдан, дата)

СНИЛС: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,  
(сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета)  
даю согласие на направление и проведение МСЭ меня/направление на проведение  
МСЭ гражданина

\_\_\_\_\_ (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 РФ от 23.04.2012 N 390н  
зарегистрирован Министерством юстиции РФ 05.05.2012, регистрационный N  
24082), и специального диагностического оборудования в

\_\_\_\_\_.  
полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро МСЭ,  
Федерального бюро МСЭ), в котором предполагается проведение МСЭ гражданина).  
Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное  
отметить).

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 МСЭ в целях

\_\_\_\_\_ (указать цель направления на медико-социальную экспертизу).

Мне разъяснен порядок проведения МСЭ, 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 МСЭ, а также  
имею право отказаться от выполнения составленной мне в ходе МСЭ  
программы дополнительного обследования и от получения индивидуальной  
программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) путем  
подачи в бюро (главное бюро МСЭ, Федеральное бюро МСЭ) заявления в простой  
письменной форме.

Также мне разъяснено, что согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение МСЭ 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).

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)"
--	---	--

Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина:

\_\_\_\_\_ (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)