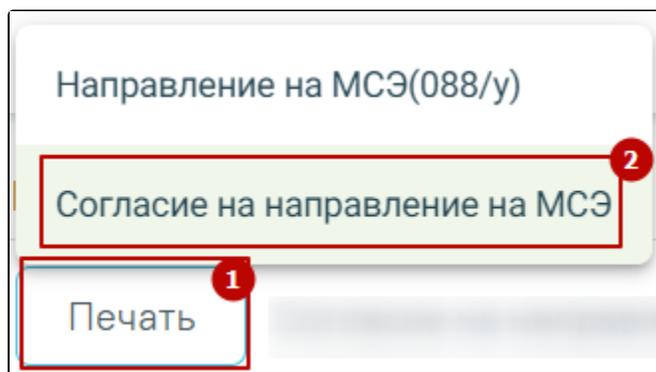


Формирование ЭМД «Согласие на направление на МСЭ»

Для формирования и отправки ЭМД «Согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы» в РЭМД следует нажать кнопку «Печать» – «Согласие на направление на МСЭ» на форме «[Направления на медико-социальную экспертизу \(МСЭ\)](#)».



Выбор ЭМД «Согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы»

В результате отобразится форма предварительного просмотра ЭМД, на которой следует нажать кнопку «Подписать и отправить».

Предварительный просмотр ЭМД

ce102ecb-8ca1-4cd7-832c-9eb97557ae46 1 / 2 100%

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 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)

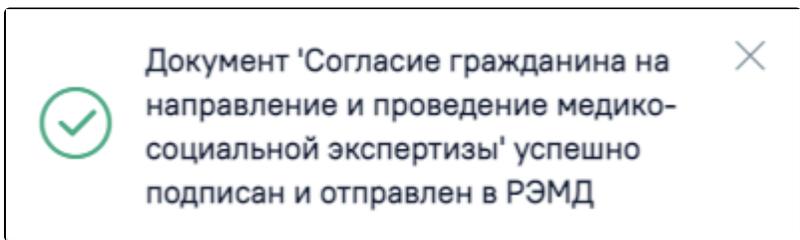
даю согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы меня / направление на
проведение медико-социальной экспертизы гражданина (нужное подчеркнуть)

_____ (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), и специального диагностического
оборудования в ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Подписать и отправить

Форма предварительного просмотра ЭМД

После нажатия кнопки «Подписать и отправить» ЭМД «Согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы» будет сформирован и отправлен в РЭМД. Согласие примет статус «Отправлен», при ошибке отправки «Ошибка при отправке».



Сообщение об успешной отправке документа в РЭМД

В случае, если при отправке документа произошла ошибка, следует переотправить документ, нажав кнопку «Отправить». При необходимости редактирования направления для исправления ошибки следует снять подпись с документа, нажав кнопку «Снять подпись», затем заново сформировать документ. Кнопка «Снять подпись» доступна при наличии роли «Отмена подписи».

Предварительный просмотр ЭМД

dd754609-0074-431d-9f62-28e72347... 1 / 3 | - 94% + | [Zoom] [Refresh]

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «7» июня 2022 г. № 385н

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 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), и специального диагностического
оборудования в ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ ПО _____ ОБЛАСТИ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро
медико-социальной экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина)

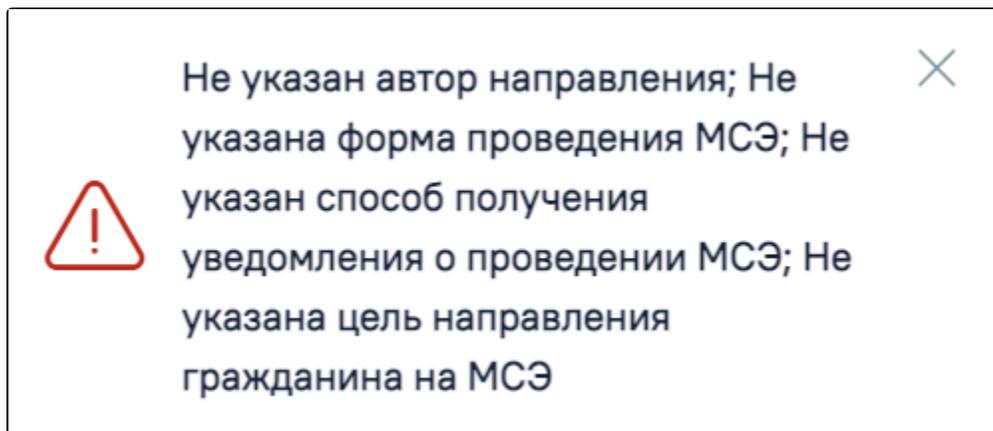
Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

Печать | Скачать | Снять подпись | Отправить

Для корректного формирования ЭМД в направлении обязательно должны быть заполнены следующие поля:

- Форма проведения МСЭ;
- Способ получения уведомления о проведении;
- Цель направления гражданина на МСЭ
- Автор направления.

Если одно или несколько обязательных полей не заполнены, то при нажатии кнопки «Подписать и отправить» отобразится сообщение об ошибке.



Сообщение об ошибке

Для возврата в направление на МСЭ следует нажать кнопку «Вернуться в направление на МСЭ» в левом боковом меню.

Для согласия на направление на МСЭ в статусе «Ошибка регистрации» на форме предварительного просмотра ЭМД будет отображаться кнопка «Снять подпись», которая позволяет заново сформировать и отправить документ. Кнопка «Снять подпись» доступна при наличии роли «Отмена подписи».

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «7» июня 2022 г. № 385н

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 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), и специального диагностического
оборудования в ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(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):

С личным присутствием Без личного присутствия

Лечащим врачом (заведующим отделением) (нужное подчеркнуть) _____
медицинской организации, _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))
медицинской организации Поликлиника
(полное наименование медицинской организации)

Печать

Скачать

Снять подпись

Кнопка «Снять подпись»