

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, включенные 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

Я,

ФИО пациента (представителя) дата рождения, место регистрации, место жительства	
--	--

даю информированное добровольное согласие на виды 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее – **Перечень***), для получения первичной медико-санитарной помощи мной либо Лицом, законным представителем которого я являюсь:

ФИО, дата рождения представляемого, ребенка, адрес регистрации (заполняется опционально если согласие дается в отношении представляемого):

в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «Огни Олимпа» (ОГРН 1217700347897).

***Перечень:**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза▪ Антропометрические исследования▪ Термометрия▪ Тонометрия▪ Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.▪ Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций▪ Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)▪ Медицинский массаж▪ Лечебная физкультура | <ul style="list-style-type: none">▪ Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных)▪ Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования▪ Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно▪ Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование▪ Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические |
|---|---|

Медицинским работником, подписавшим данный документ, мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

ФИО, контактный телефон	
ФИО, контактный телефон	

Пациент (законный представитель) проинформирован, что в его интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у него заболеваниях и проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

ПАЦИЕНТ (либо законный представитель):

подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК:

подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника

Дата составления _____