

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

INFORMED VOLUNTARY CONSENT

for types of medical interventions included in the List of certain types of medical interventions for which citizens give informed voluntary consent when choosing a physician and a medical organization for primary health care

Я / I

ФИО пациента (представителя) дата рождения, место регистрации, место жительства:	Patient (representative) name, date of birth, place of registration, place of residence:
--	--

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:

give informed voluntary consent to the types of medical interventions included in the List of certain types of medical interventions for which citizens give informed voluntary consent when choosing a physician and a medical organization for primary health care, approved by the Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of April 23, 2012 No. 390n (registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on May 5, 2012 No. 24082) (hereinafter referred to as the List*), to receive primary health care by me or by the Person whom I legally represent:

ФИО, дата рождения представляемого, ребенка, адрес регистрации (заполняется опционально если согласие дается в отношении представляемого): / Full name, date of birth of the represented person, child, registration address (to be filled in optionally if the consent is given in respect of the represented person):

в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «Олимп Клиник Марс» (ОГРН 1217700353727).

in Olymp Clinic Mars Limited Liability Company medical organization (OGRN 1217700353727).

***Перечень:**

- 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
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирометрия, 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, внутривенно
- 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:

***List:**

- Interview, including identification of complaints, history taking
- Anthropometric studies
- Thermometry
- Tonometry
- Non-invasive tests of the visual organ and visual functions.
- Non-invasive tests of the hearing organ and auditory functions
- Tests of the nervous system functions (sensory and motor spheres)
- Medical massage
- Therapeutic exercise
- Functional examination methods, including electrocardiography, daily blood pressure monitoring, daily electrocardiogram monitoring, spirometry, pneumotachometry, pifluometry, rheoencephalography, electroencephalography, cardiotocography (for pregnant women)
- Radiologic methods of examination, including fluorography (for persons over 15 years of age) and radiography, ultrasound, Doppler tests
- Administration of medications as prescribed by a physician, including intramuscular, intravenous, subcutaneous, intradermal injections
- Examination, including palpation, percussion, auscultation, rhinoscopy, pharyngoscopy, indirect laryngoscopy, vaginal examination (for women), rectal examination
- Laboratory methods of examination, including clinical, biochemical, bacteriological, virological, immunological

The medical worker who signed this document explained to me in an understandable form the goals, methods of medical care, the risks associated with them, possible options of medical interventions, their consequences, including the likelihood of complications, as well as the expected results of medical care. It was explained to me that I have the right to refuse one or more types of medical interventions included in the List, or to demand its (their) termination, except in cases provided for in part 9 of Article 20 of the Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation".

Information on the person(s) selected by me, to whom information about my health condition or the condition of the person whom I legally represent, including after my death, may be transferred in accordance with paragraph 5, part 5, article 19 of the Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation":

ФИО, контактный телефон:	Name, contact phone number	
ФИО, контактный телефон:	Name, contact phone number	

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.

The patient (legal representative) is informed that it is in the patient's interest to inform the health care provider about all diseases and health problems, allergic reactions and individual intolerance to medicines, past or current infectious hepatitis, tuberculosis, sexually transmitted diseases (including syphilis and HIV infection), as well as alcohol abuse and/or addiction to narcotic drugs.

ПАЦИЕНТ (либо законный представитель) / PATIENT (or legal representative):

Подпись / Signature _____ ФИО полностью / Full name _____

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК / MEDICAL PROFESSIONAL:

Подпись / Signature _____ ФИО полностью / Full name _____

Дата составления / Date of compilation _____