

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя)
_____/____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации пациента либо законного представителя)
проживающий(-ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
_____/____ г. рождения, проживающего (-ей) по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в: **Обществе с ограниченной ответственностью «МедСэф»**

(полное наименование медицинской организации)

в доступной для меня форме мне 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. № 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. № 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____/_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон)
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или его законного представителя, телефон)

« ____ » _____ / ____ г.
(дата оформления)

Настоящее согласие подписано пациентом/законным представителем пациента после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Перечень видов медицинских вмешательств при оказании первичной медико-санитарной помощи

- ✓ Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- ✓ Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- ✓ 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).
- ✓ Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- ✓ Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефелография, 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.
- ✓ Медицинский массаж.
- ✓ Лечебная физкультура.