

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, <ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
<ПАЦИЕНТ ЗП ДАТА РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
<ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ>
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении <ПАЦИЕНТ ПРИЗП ФИО ПОЛНОЕ>
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
<ПАЦИЕНТ ПРИЗП ДАТА РОЖДЕНИЯ> г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу: <ПАЦИЕНТ ПРИЗП АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ>
(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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы
10. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
12. Медицинский массаж.

в ООО «Медицина Тольятти» (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником <ФИО МЕДРАБОТНИКА>

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

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 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:

<ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО ОДИН>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО ДВА>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>, <ПАЦИЕНТ ЗП ТЕЛЕФОН ЗП>

(подпись)

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

<ФИО МЕДРАБОТНИКА>

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)