

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, , {{ Пациент.ФИО }}, {{ Пациент.Дата рождения }} г. рождения,

зарегистрированный по адресу: {{ Пациент.Короткий адрес }}

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес регистрация граждан либо законного представителя)

проживающий по адресу: __{{ Пациент.Короткий адрес }}_____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении ____{{ Пациент.ФИО }}_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

{{ Пациент.Дата рождения }}_г. рождения, проживающего по адресу: __{{ Пациент.Короткий адрес }}_

(дата рождения, место жительства, в случае проживания не по месту жительства законного представителя, пациента при подписании законным представителем)

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 23.04.2012 г. № 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 (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «АНГЕМА».

Медицинским работником __{{ Сотрудник.Специальность }} {{ Сотрудник.ФИО }}__

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

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 21.11.2011 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 21.11.2011 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) гражданина, контактный телефон)

_____/_____/_____

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

_____/_____/_____

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

{{ Документ.Дата }} г.

Приложение к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство от {{ Документ.Дата }} (форма утверждена приказом МЗ РФ от 12.11.2021 г. № 1051н)

ПЕРЕЧЕНЬ

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
(утвержден приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
 3. Антропометрические исследования.
 4. Термометрия.
 5. Тонометрия.
 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
 13. Медицинский массаж.
 14. Лечебная физкультура.
- Ознакомлен(-а) и понятно:
_____ /{{ Пациент.ФИО }}/

(подпись и расшифровка Ф.И.О. гражданина (законного представителя))