

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
(к договору № _____ от _____ г.)

Я, _____
(ФИО гражданина)

(ФИО ребенка, если гражданин представляет его интересы)

(адрес места жительства гражданина, либо его 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в

(наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника)

я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, 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 выбранных мною лицах, 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:

(ФИО гражданина, контактный телефон)

Настоящим я подтверждаю свое желание получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Современной Педиатрии» и согласен(сна) на: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; исследования органа зрения и зрительных функций; 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 электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографию и рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебную физкультуру, а так же иные лечебно-диагностические манипуляции, методы обследования, анализы, исследования, проводимые по медицинским показаниям в процессе оказания медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Современной Педиатрии» .

(подпись)

(ФИО гражданина)

(подпись)

(ФИО законного представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(дата оформления)