

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

Я, _____
Ф.И.О. (полностью)

год рождения, паспорт:

проживающего по адресу:

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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО "ИНСТИТУТ ДВИЖЕНИЯ КРАСНОКАМСК"

наименование медицинской организации

Медицинским работником _____

Ф.И.О. (полностью) мед. работника, должность

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких нижеуказанных видов медицинского вмешательства. Настоящим заявлением я подтверждаю свое желание получить/даю согласие на предложенные (ненужное зачеркнуть) (Ф.И.О. (полностью) ребенка/недееспособного) медицинские услуги в клинике ООО "ИНСТИТУТ ДВИЖЕНИЯ КРАСНОКАМСК" и согласен(сна) на: 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; термометрию; тонометрию; 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 электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) 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 клинике ООО "ИНСТИТУТ ДВИЖЕНИЯ КРАСНОКАМСК".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, дата рождения, контактный телефон, кем приходится)

(ФИО гражданина, дата рождения, контактный телефон, кем приходится)

Дата оформления информированного добровольного согласия

(подпись гражданина)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись мед. работника)

(Ф.И.О. мед. работника)