

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 "МЦ "СТОЛИЦА"

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 "МЦ "СТОЛИЦА" 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, внутрисуставно; 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 "МЦ "СТОЛИЦА".

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)