

1 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

Я, [подпись]

(Ф.И.О. гражданина)

[подпись] г. рождения, зарегистрированный(ная) по адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень):

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;

Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;

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, пирогграфия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);

10. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;

11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;

12. Медицинский массаж;

13. Лечебная физкультура;

для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи

в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московском клиническом научно-практическом центре Департамента здравоохранения города Москвы».

Медицинским работником [подпись]

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с этим 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 /состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

[подпись]

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

г. дата оформления

1 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

Я, Михаил Владимирович (Ф.И.О. гражданина)
г. рождения, зарегистрированный(ная) по адресу
г. Москва, м. Южное Бутово, д. 12, кв. 12
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень):

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, реоэнцефалография, 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, внутрикожно;
13. Медицинский массаж;
14. Лечебная физкультура;

для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московском клиническом научно-практическом центре Департамента здравоохранения города Москвы»,

Медицинским работником Александром Александровичем
(должность, Ф.И.О. 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 / состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Александр Александрович
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Александр Александрович
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Александр Александрович
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)