

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

проживающий по адресу:

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 РФ от 23 апреля 2012 г. №390н

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное исследование.

Антропометрические исследования.

Термометрия.

Тонометрия.

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 электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пикфлоуметрия,

Рентгенологические методы обследования.

Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно., для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медицина 21 »

Медицинским работником _____

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 РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____/

(подпись)

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