Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,_____

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

г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законною представителя)

_____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:_____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациент при подписании законным представителем)

_____

(в случае проживания не по месту жительства законного 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 [1] (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в_____

(полное наименование медицинской организации)

_____

Медицинским работником_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».

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 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:

_____

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

_____

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

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина уши его законного представителя, телефон)

_____ _____

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

«____» _____ г.
(дата оформления)

к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство

Перечень
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация,перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных 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, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая амбулаторную и стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.
16. Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами Организации.
17. Консультацию по медицинским показаниям и оказание медицинской помощи в лечебных учреждениях за пределами Организации.

_____

Подпись, ФИО одного из родителей,опекуна,попечителя, усыновителя (подчеркнуть)

«_____»_____20___г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

Внимание! При госпитализации ребенка в лечебные учреждения за пределы Организации, родители (законные представители) ребенка информируются медицинским работником Организации по телефону, указанному родителями (законными представителями) в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательства. Прочим лицам информация о состоянии здоровья ребенка не предоставляется.