

**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,

---

*(Ф.И.О. пациента, законного представителя)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

---

*(адрес места жительства)*

**Заполняется законным представителем:** действуя от имени и в интересах представляемого \_\_\_\_\_ мною \_\_\_\_\_ лица

---

*(ФИО, дата рождения пациента)*

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 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), в частности, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "МЕДЭЛИТ" ИНН: 4632285407, ОГРН: 1214600010877, (далее - Клиника).

Медицинским работником

---

*(ФИО, должность)*

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. 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:

---

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

---

Настоящим даю информированное добровольное согласие на указанные в Приложении № 1 виды медицинских вмешательств (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, термометрия и др.) медицинскими сотрудниками Клиники.

Пациент/законный представитель /_____/ (ФИО, подпись) Дата « ____ » _____ 202_ г.	Медицинский работник /_____/ (ФИО, подпись) Дата « ____ » _____ 202_ г.
--	--

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

- \*1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- \*2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, дерматоскопия, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования (измерение роста и веса).
- \*4. Термометрия.
- \*5. Тонометрия (измерение АД) и пульсоксиметрия.
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, генетические и цитоморфологические (со взятием мазков).
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия,

рЭЭнцефалография, электроэнцефалография, бодиплетизмография, измерение функции внешнего дыхания, урофлоуметрия, 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.

15. Психологическая, психотерапевтическая помощь, психокоррекция.

**\*- виды медицинских вмешательств, актуальных при оказании стоматологической помощи.**