

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

(в порядке Приказа Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»)

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

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного 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, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания пациента 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 РФ от 23.04.2012 № 390н (опрос: выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр: пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное (для женщин), ректальное и антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования: клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования: электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования: флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача: внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения мной / лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) первичной медико-санитарной помощи в ООО «Клиника «Источник».

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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Закона может быть передана информация о состоянии моего здоровья / состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

_____, тел. _____
(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

Дата оформления: « _____ » _____ 202 _____ г.