

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

« _____ » _____ г. рождения,

проживающего по адресу: _____
адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

первичной медико-санитарной помощи в

_____ наименование медицинской организации

Медицинским работником _____
должность, Ф.И.О. медицинского работника

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____ Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

Подпись,

_____ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Подпись,

_____ Ф.И.О. медицинского работника

« _____ » _____ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия

**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, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
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.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография.
11. Медицинский массаж.
12. Лечебная физкультура.