

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения

Зарегистрированного по адресу по адресу: _____
Адрес местожительства гражданина либо 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в

ГБУЗ РК СГДКБ

_____ полное наименование медицинской организации

Медицинским работником _____ педиатр Аджиасанова Ж.М.

_____ Должность Ф.И.О. 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 так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских, вмешательств, заключенных 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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» (нужное подчеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

_____ (подпись)

Ж.М. Аджиасанова

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ
ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

№	Перечень	Подпись
1.	Опрос, в том числе выявление жалоб, анамнеза.	✓
2.	Осмотр. В том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, испраемя, ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Окулист, педиатр, стоматолог.	✓
3.	Антропометрические исследования.	✓
4.	Термометрия.	✓
5.	Тонометрия.	
6.	Неиннвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.	
7.	Неиннвазивные исследования органа слуха и слуховых функцийц.	
8.	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	
9.	Лабороторные методы обследования, в том числе клинически, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.	
10.	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, энцефалография, реоэнцефалография.	
11.	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.	
12.	Проведение лечебного массажа по назначению врача.	
13.	Проведение лечебной физкультуры по назначению врача.	