|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство** | | | |
|  | | | |
| 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) | | | |
| 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 апреля 2012 г. № 390н | | | |
| **(Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), ультразвуковые исследования, рентгенография, допплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж),** | | | |
| для получения первичной медико-санитарной помощи в | | | |
| **ООО «Северная Казна Мед»** | | | |
| (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 РФ».  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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья являюсь, в том числе после смерти: | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) | |  |  |  | | (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **«** |  | **»** |  |  | **2023** | г. | | | | |