

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

**Образец**

Я,        **В** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)  
«      »        **В** \_\_\_\_\_ г. рождения, \_\_\_\_\_ зарегистрированный \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)  
       **В** \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:        **В** \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении        **В** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«      »        **В** \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)  
\_\_\_\_\_  
(в случае проживания 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
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, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, 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.

**для получения мной первичной медико-санитарной помощи в ООО Медицинская компания «Клиника 4 управления»**

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество 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 Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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 (ненужное зачеркнуть)**, в том числе после смерти:

       **В** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

       **В** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

       **В** \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

       \_\_\_\_\_  
(подпись) ( фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«      » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)