

## Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации пациента либо законного представителя)  
проживающий(-ая) 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 (-ей) 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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе вмешательства, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в: **Обществе с ограниченной ответственностью «АйСэф»**  
(полное наименование медицинской организации)

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 (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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон)  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или его законного представителя, телефон)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Настоящее согласие подписано пациентом/законным представителем пациента после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

### Перечень видов вмешательств при оказании первичной медико-санитарной помощи

- ✓ 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефелография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- ✓ Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- ✓ Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
- ✓ Медицинский массаж.
- ✓ Лечебная физкультура.