

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
 _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
 _____ г. рождения,
 _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)
 зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места регистрации гражданина либо законного представителя)
 проживающий 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 по адресу:
 _____ (дата рождения пациента при подписании согласия 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. № 390 н с целью проведения углубленного медицинского обследования, а именно:

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);
3. Антропометрическое исследование;
4. Термометрия;
5. Тонометрия;
6. Неинвазивные исследование 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;
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография в покое и с физической нагрузкой, спирография;
11. Рентгенография/флюорография легких (для лиц старше 15 лет, не чаще 1 раза в год), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования,

(далее – виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**), в

Краевом государственном учреждении здравоохранения «Клинический Центр восстановительной медицины и реабилитации»
 министерства здравоохранения Хабаровского края

 (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 или непреднамеренного причинения вреда здоровью, что мне (представляемому лицу) предстоит делать во время их проведения, 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». Мне разъяснено о необходимости выполнения рекомендаций врача, о том, что необходимо немедленно сообщать врачу о любых изменениях в состоянии здоровья, ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом, лекарственных средств. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, невыполнение рекомендаций, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинских изделий, самовольный прием лекарственных препаратов, бесконтрольное лечение, а также отказ от необходимого медицинского вмешательства могут осложнить течение заболевания, вызвать развитие осложнений заболевания, или новое заболевание, и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица). Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого лица) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого лица), а также об употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.

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) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) с содержанием настоящего документа, который мною прочитан, содержание которого мне разъяснено и мною понято, также я имел (а) возможность задавать любые интересующие меня вопросы, на все заданные вопросы получил (а) исчерпывающий и понятный мне ответ.

_____ _____
 _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, ТЕЛЕФОН)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)