Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина (если старше 15 лет и дееспособный) или законного представителя

«_____» _____ года рождения,
(дата рождения гражданина (если старше 15 лет и дееспособный) или законного представителя

Адрес:
_____
(гражданина (если старше 15 лет) или 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 получение 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 / (подчеркивает гражданин старше 15 лет),
для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь / (подчеркивает законный представитель гражданина младше 15 лет) в ГБУЗ ГП № 91, ДПО № 65.

ПЕРЕЧЕНЬ

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
3. Антропометрические исследования (Взвешивание. Измерения).
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследования функций нервной системы.
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, УЗИ.
11. Осмотр на педикулез.
12. Обследование на гельминтов.

Медицинским работником _____
(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 также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одной 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 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 (ненужное зачеркнуть).

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

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

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«_____» _____ г.
(дата оформления)