

Информированное добровольное согласие пациента 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 во исполнение статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя - полностью)

Проживающий (ая) по адресу _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным,

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина, дата рождения - полностью)

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 года N 390н: опрос в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, необходимые манипуляции в ходе осмотра; лабораторные методы обследования; функциональные методы обследования; рентгенологические методы обследования; ультразвуковые исследования; доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача; медицинский массаж, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мой доктор».

Медицинским работником _____ 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.

- Я предупрежден(а), что во время проведения манипуляции (процедуры) или после нее может потребоваться проведение дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю свое согласие.
- Я извещен(а) о том, что лицу, законным представителем которого я являюсь, необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.
- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях (в том числе венерических заболеваниях, вирусных гепатитах, туберкулезе, носительстве ВИЧ инфекции), об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности на лицо, законным представителем которого я являюсь, о принимаемых им лекарственных средствах.
- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об имеющихся вредных привычках.
- Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками при условии сохранения врачебной тайны.
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

*(ФИО гражданина, контактный телефон)**

ФИО медицинского работника

ФИО законного представителя ребенка/недееспособного лица

Подпись _____ Дата _____

Подпись _____ Дата _____

***указывается ФИО и полная дата рождения лица, сопровождающего ребенка/недееспособного (бабушка, дедушка, тетя, дядя, няня, брат, сестра и проч.), контактный телефон сопровождающего**