

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ

Ф.И.О.: _____

Дата/место рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место рождения _____

Адрес регистрации: _____

Тел./e-mail: _____

На основании:

(родство / опека / попечительство / усыновление / доверенность, реквизиты документа)

2. СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Ф.И.О.: _____

Гражданство: _____

Пол / дата рождения: ____ / _____

Место рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ место рождения _____

Адрес регистрации: _____

Фактический адрес: _____

(если отличается от адреса регистрации)

3. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Медицинская организация: ООО «Витаминка»

Медицинский работник: _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

4. СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

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 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).

Согласие дается для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО «Витаминка».

5. РАЗЪЯСНЕНИЯ

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».

6. ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

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:

Ф.И.О.: _____

Телефон: _____

7. ПОДПИСИ

Подпись законного представителя: _____

Ф.И.О., телефон: _____

Подпись медицинского работника: _____

Ф.И.О. медицинского работника: _____

Дата оформления: _____

ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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, пикфлуометрия, реоэнцефалография, 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, внутрисуставно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Ф.И.О.: _____

Гражданство: _____

Пол: _____

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место

рождения _____

Адрес регистрации: _____

Фактический адрес: _____

(если отличается от адреса регистрации)

Тел./e-mail: _____

2. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Медицинская организация: ООО «Витаминка»

Медицинский работник: _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

3. СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

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 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).

Согласие дается для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Витаминка».

4. РАЗЪЯСНЕНИЯ

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».

5. ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

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:

Ф.И.О.: _____

Телефон: _____

6. ПОДПИСИ

Подпись пациента: _____

Ф.И.О., телефон: _____

Подпись медицинского работника: _____

Ф.И.О. медицинского работника: _____

Дата оформления: _____

ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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, реоэнцефалография, 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, внутрисуставно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.