

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Петров Пётр Петрович, «1» января 1980 г. рождения, зарегистрированный по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1 проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, в отношении Иванов Иванов Иванович «1» января 1980 г. рождения, зарегистрированного по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, проживающего по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, 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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н 1. Опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза, 2.Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонметрия. 6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 7. Функциональные методы обследования - электроэнцефалография. 8. Рентгенологические методы обследования - в т.ч. ультразвуковые исследования, доплерография. 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 11. Медицинский массаж, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО «Медичел».

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. 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 РФ».

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 РФ» 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)

Петров Пётр Петрович, +7(900)000-00-00

«2» июля 2025г.