

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
_____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)
адрес _____
(адрес 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 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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ГОРМОНЛАЙФ»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень	Согласие пациента ДА/НЕТ
Консультация врача	
Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.	
Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование	
Антропометрические исследования (роста, массы тела, окружности головы и грудной клетки и т.д.)	
Термометрия	
Тонометрия	
Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций	
Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций	
Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)	
Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические	
Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных)	
Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования	
Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно	
Медицинский массаж	
Лечебная физкультура	

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, и обо всех известных мне особенностях моего (представляемого) организма, включая информацию об аллергических реакциях и о гиперчувствительности к лекарственным препаратам и/или иным веществам.

Я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех лекарственных препаратах,

которые я принимаю.

Я подтверждаю, что при предоставлении такой информации действовал(а) добросовестно, осознавая, что сокрытие или искажение таких сведений может неблагоприятно сказаться на результатах медицинского вмешательства и на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым.

Я подтверждаю, что мне известно о возможном появлении серьезных последствий и осложнений, связанных с невыполнением рекомендаций медицинского работника.

Я осознаю собственную ответственность в самостоятельной оценке моего (представляемого) состояния.

Я подтверждаю, что внимательно прочел (ла) и понял (а) всю информацию о предстоящем мне (представляемому) медицинском вмешательстве, мне разъяснены его цели и методы, связанные с этим риски, последствия, а также о предполагаемые результаты.

Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я подтверждаю, что имела возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы.

Я понимаю и принимаю необходимость полного и безоговорочного соблюдения рекомендаций и назначений медицинского работника, в том числе полученных Рекомендаций после проведения (исследования, процедуры, манипуляции и др.).

Будучи проинформированным (ой) об альтернативных методах лечения (исследования) и об их особенностях, а также с учетом пояснений и рекомендаций медицинского работника, и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на выбранное мной медицинское вмешательство.

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. N 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)		
(подпись)		(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)		(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
		(дата оформления)