ООО «Здоровый ребенок»

394077, г. Воронеж, ул. 60 армии, д.22 «Б», оф.4

Лицензия ЛО -36-01-003428 от 19.07.2018 г.

ИНН/КПП 3662996653/ 366201001

**Информированное добровольное согласие пациента на виды**

**медицинских вмешательств для получения первичной врачебной**

**медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь

законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения ребенка)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=D33FBA68B311C9103296999FA2FB89103D264C81E9DD5809A6AEA9EAD8B2C5D4257C095BE3E1B70EU4MFG) определенных видов медицинских вмешательств, на

которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной врачебной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н именно:

- опрос, осмотр(пальпация, риноскопия, перкусия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия,вагинальные исследования), антропометрические исследования, термометрия, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),лабораторные методы исследования

(клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические),функциональные методы обследования, рентгенологические методы исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, введение вакцин и иммунопрепаратов), медицинского массажа и ЛФК, кроме того, даю согласие на проведение ингаляций, биопунктуры, лор-манипуляций, криотерапии, осмотра гинеколога(детского), уролога (детского).

ООО «Здоровый ребенок»

394077, г. Воронеж, ул. 60 армии, д.22 «Б», оф.4

Лицензия ЛО -36-01-003428 от 19.07.2018 г.

ИНН/КПП 3662996653/ 366201001

**Информированное добровольное согласие пациента на виды**

**медицинских вмешательств для получения первичной врачебной**

**медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь

законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения ребенка)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=D33FBA68B311C9103296999FA2FB89103D264C81E9DD5809A6AEA9EAD8B2C5D4257C095BE3E1B70EU4MFG) определенных видов медицинских вмешательств, на

которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной врачебной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н именно:

- опрос, осмотр(пальпация, риноскопия, перкусия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия,вагинальные исследования), антропометрические исследования, термометрия, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),лабораторные методы исследования

(клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические),функциональные методы обследования, рентгенологические методы исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, введение вакцин и иммунопрепаратов), медицинского массажа и ЛФК, кроме того, даю согласие на проведение ингаляций, биопунктуры, лор-манипуляций, криотерапии, осмотра гинеколога(детского), уролога (детского).

Медицинским работником, врачом

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможнее 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](consultantplus://offline/ref=D33FBA68B311C9103296999FA2FB89103D264C81E9DD5809A6AEA9EAD8B2C5D4257C095BE3E1B70EU4MFG), или потребовать его (их) прекращения.

Я обязуюсь предоставлять врачу достоверную информацию о состоянии здоровья,

а так же обязуюсь неукоснительно следовать назначениям врача и инструкциям по применению лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

[части 3 статьи 19](consultantplus://offline/ref=D33FBA68B311C9103296999FA2FB89103D214183E4DE5809A6AEA9EAD8B2C5D4257C095BE3E1B50DU4MEG) 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) **(Ф.И.О. врача, медицинского работника)**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.

Медицинским работником, врачом

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможнее 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](consultantplus://offline/ref=D33FBA68B311C9103296999FA2FB89103D264C81E9DD5809A6AEA9EAD8B2C5D4257C095BE3E1B70EU4MFG), или потребовать его (их) прекращения.

Я обязуюсь предоставлять врачу достоверную информацию о состоянии здоровья,

а так же обязуюсь неукоснительно следовать назначениям врача и инструкциям по применению лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

[части 3 статьи 19](consultantplus://offline/ref=D33FBA68B311C9103296999FA2FB89103D214183E4DE5809A6AEA9EAD8B2C5D4257C095BE3E1B50DU4MEG) 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) **(Ф.И.О. врача, медицинского работника)**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.