

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 медицинской помощи

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

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

Паспорт: _____,
выдан _____

являюсь законным представителем (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие ООО Реацентр Астрахань» на виды медицинских вмешательств включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); функциональные методы обследования, в том числе электроэнцефалография; медицинский массаж; лечебная физкультура, кинезитерапия по методике Бубновского С.М., физиотерапия, микротоковая рефлексотерапия, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень).

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. мед. работника)-----
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Я подтверждаю, что понял(а) всю предоставленную мне специалистами медицинской организации информацию о процедурах, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также предполагаемых результатах; я имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы. Моё решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение указанных процедур.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

Дата оформления: « ____ » _____ 20 ____ г.