

ООО «АЛЛЕРДЖИФРИ»

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. пациента или родителя (законного представителя) пациента*

\_\_\_\_\_ года рождения, даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082):

1. опрос, в том числе выявление жалоб и/или сбор анамнеза
2. осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию
3. антропометрические исследования
4. термометрию
5. тонометрию
6. исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
7. лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические
8. функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, гастроэнтерологические дыхательные тесты, пульсоксиметрию
9. ультразвуковые исследования, доплерографические исследования
10. другие инструментальные методы обследования
11. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно (*нужное подчеркнуть*)

для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения медико-санитарной помощи в Лечебно-диагностическом центре «АЛЛЕРДЖИФРИ» мной или ребенком (лицом), родителем (законным представителем) которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*)

\_\_\_\_\_ года рождения  
*Ф.И.О. пациента или ребенка (лица), от имени которого, выступает родитель (законный представитель)*

Медицинским работником \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, последствия отказа от медицинского вмешательства, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений и побочных реакций (например, аллергические реакции, кровоподтеки в местах пункции вен), 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.67244 2012, №26, СТ.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №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)

\_\_\_\_\_ *подпись пациента*

\_\_\_\_\_ *подпись медицинского работника*

\_\_\_\_\_ *дата подписания информированного согласия*