|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| image000.png | | | |  |  | |  | |  |  |  |  | УТВЕРЖДЕНО | | |  | |
|  |  | |  | |  |  |  |  | Приказом ФМБА России от | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | 30.03.2007 № 88 | | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  | | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | (фамилия, имя, отчество – полностью) | | | | |  |  |  | |  | |
| года рождения, проживающий(ая) по адресу: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – «Перечень»), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| Общество с ограниченной ответственностью "МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР МЕДИКАЛ ОН ГРУП - ХАБАРОВСК" | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинским работником | | | | Генеральный директор, Шершова Наталья Юрьевна | | | | | | | | | | | | | |
| (должность, Ф.И.О. медицинского работника) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).  Сведения о выбранных мною лицах, 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 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 гражданина) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | Шершова Наталья Юрьевна | | | | | | | | |
| (подпись) | | | | | | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | | | | | | | |
| дд.мм.2024 | | года | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (дата оформления) | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| image001.png | |  |  |  |  |  | Приложение  к приказу Министерства  здравоохранения и социального  развития Российской Федерации  от 23 апреля 2012 г. N 390н | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ПЕРЕЧЕНЬ**  **ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,**  **НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ**  **СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**  **ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ** | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.  2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное  исследование (для женщин), ректальное исследование.  3. Антропометрические исследования.  4. Термометрия.  5. Тонометрия.  6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.  7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.  8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).  9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.  10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное  мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография,  кардиотокография (для беременных).  11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые  исследования, допплерографические исследования.  12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.  13. Медицинский массаж.  14. Лечебная физкультура. | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|