|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | image000.png | | | | | | |  |  |  | Утверждено | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | приказом Министерства здравоохранения РФ | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | от 12 ноября 2021 г. N 1051н | | | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | **Информированное добровольное согласие**  **на медицинское вмешательство** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | | | | | | | | |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (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. № 390н (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | **Общество с ограниченной ответственностью "МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР МЕДИКАЛ ОН ГРУП - ХАБАРОВСК"** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Медицинским работником | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».  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. № 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | **ь** | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | (подпись) | | | | |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | (подпись) | | | | |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | | | | г. |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | | (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. | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |