

Информированное добровольное согласие

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04. 2012 г. № 390н. В соответствии со статьей 20 ФЗ РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

- | | |
|--|--|
| 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза | 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). |
| 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование | 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования |
| 3. Антропометрические исследования | 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно |
| 4. Термометрия | 13. Медицинский массаж |
| 5. Тонометрия | 14. Лечебная физкультура. (далее Перечень), |
| 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 | |
- при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным)

амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в Поликлинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

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. Я добровольно соглашаюсь на выполнение исследований и вмешательств, указанных в перечне мне, гражданину чьим законным представителем я являюсь, если таковые будут продиктованы необходимостью и целесообразностью в соответствии с действующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Я предупрежден(а) и осознаю, что сотрудники лечебного учреждения не несут ответственности за осложнения, возникшие вследствие моего неисполнения или ненадлежащего исполнения предписаний и рекомендаций врачей, а также сокрытия от медицинских работников или искажения информации о причинах и истории заболевания.

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».

Согласие дано ____ . ____ . 2024г. и действует весь период оказания медицинской помощи в Поликлинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Пациент _____

Врач _____

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(Ф.И.О. мед. работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)