|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение к Договору оказания платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_ 20 \_\_ г. №\_\_\_\_ |

**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**

Я, *Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (Ф.И.О. гражданина)

*«25» февраля 1976* года рождения, зарегистрированный по адресу: *630025, г. Новосибирск, ул. Д. Донского, д.11, кв. 58\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие 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»):

Образец

согласия для оформления

Пациентом-дееспособным лицом

опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;

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);

лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);

рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;

введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

медицинский массаж;

лечебная физкультура,

для получения первичной медико-санитарной помощи / ~~получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь~~ (ненужное зачеркнуть) в Автономной Некоммерческой Организации «Региональный Центр Высоких Медицинских Технологий»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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, N 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)

\_\_*Иванова Ирина Ивановна, +79235604502\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*«06» октября 2021 г.*

 (дата оформления)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение к Договору оказания платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_ 20 \_\_ г. №\_\_\_\_ |

**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**

Я, *Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (Ф.И.О. гражданина)

*«25» февраля 1976* года рождения, зарегистрированный по адресу: *630025, г. Новосибирск, ул. Д. Донского, д.11, кв. 58\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие 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»):

Образец

согласия

для оформления

законным представителем

Пациента

опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;

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);

лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);

рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;

введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

медицинский массаж;

лечебная физкультура,

для ~~получения первичной медико-санитарной помощи /~~ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Автономной Некоммерческой Организации «Региональный Центр Высоких Медицинских Технологий»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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, N 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)

\_\_*Иванова Ирина Ивановна, +79235604502\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*«06» октября 2021 г.*

 (дата оформления)