

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении (несовершеннолетний) _____
(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. N 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 **Опрос**, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, **Осмотр**, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, 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, **Рентгенологические** методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, **ультразвуковые исследования** (ненужное зачеркнуть) в ООО «Юганский медицинский центр» медицинским работником ООО «Юганский медицинский центр» 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. N 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. N 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).

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Подпись гражданина
(законного представителя)

расшифровка

_____/_____/2026г.
Дата заполнения

Подпись медицинского работника

расшифровка

_____/_____/2026г.
Дата заполнения