Приложение № 16 к приказу № 602 от 28.12.2023г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. р.,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного* *представителя) (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ 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](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F76C2F187241416343EE3FC39C84A126751919CE39D736086B6EEE05BC553E019ECCAA9F183C438F4r6j6O) 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 (ненужное зачеркнуть), а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, 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, 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.

в БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР»*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_*

*(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](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F76C2F187241416343EE3FC39C84A126751919CE39D736086B6EEE05BC553E019ECCAA9F183C438F4r6j6O), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F73C1F983241716343EE3FC39C84A126751919CE39D736280BCEEE05BC553E019ECCAA9F183C438F4r6j6O) 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](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F73C1F983241716343EE3FC39C84A126751919CE49D7B6BD2EEA1E1078100F319EECAABF59FrCj4O) 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), в том числе после смерти:

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)* |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)* |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

*(дата оформления)*  
Приложение № 16 к приказу № 602 от 28.12.2023г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. р.,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ 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](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F76C2F187241416343EE3FC39C84A126751919CE39D736086B6EEE05BC553E019ECCAA9F183C438F4r6j6O) 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 (ненужное зачеркнуть), а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, 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, 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.

в БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР»*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_*

*(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](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F76C2F187241416343EE3FC39C84A126751919CE39D736086B6EEE05BC553E019ECCAA9F183C438F4r6j6O), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F73C1F983241716343EE3FC39C84A126751919CE39D736280BCEEE05BC553E019ECCAA9F183C438F4r6j6O) 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](consultantplus://offline/ref=57F0BFFB1EE315E38C271B90DB15193F73C1F983241716343EE3FC39C84A126751919CE49D7B6BD2EEA1E1078100F319EECAABF59FrCj4O) 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), в том числе после смерти:

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)* |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)* |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

*(дата оформления)*