

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

или законный представитель пациента

(фамилия, имя, отчество полностью)

(фамилия, имя, отчество законного представителя пациента, реквизиты документа,
подтверждающего право представлять интересы пациента)

даю добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, осуществляемых в:

(полное наименование медицинской организации)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
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, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура и физиотерапевтические методы лечения.
15. Проведение диспансеризации и профилактических осмотров.

Медицинским работником _____
(должность, ФИО лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

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 определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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»

(подпись)

(ФИО гражданина либо законного представителя)

(подписи)

(ФИО лечащего врача либо иного медицинского работника,
участвующего в оказании медицинской помощи)

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе может быть предоставлена:

1. родственникам;
2. знакомым, друзьям;
3. законным представителям пациента;
4. руководству места, работы, учебы;
5. не предоставляется никому;
6. информация предоставляется всем категориям граждан.

Личная подпись пациента или его законного представителя « _____ »

« _____ » 20 _____ г.
(дата оформления)