

**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, _____,
(фамилия, имя, отчество)
_____ серия _____ № _____, выдан « ____ » _____ Г.
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

_____ (кем и когда выдан)
проживающий(ая) по адресу _____

являясь **законным представителем**

_____ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
« ____ » _____ года рождения, (далее - Обучающийся),
_____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

Выдан _____
(кем и когда выдан)

проживающего(ей) по адресу _____
на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в

ДГП № 32 Филиал 3

_____ (полное наименование 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. 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, № 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 лица, законным представителем которого я являюсь.

+7 (_____) _____ - ____ - ____
(контактный телефон законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ Г.
(дата оформления)

**Перечень
определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация
3. Антропометрические исследования
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Плановые осмотры на педикулез
7. Ежедневный осмотр детей по контакту в период карантина
8. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций
9. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций и зрительных функций