

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____

(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств, объем вмешательств указан на обратной стороне данного согласия), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающего по адресу: _____

(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи (специализированной медицинской помощи) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1»

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть): _____

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

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

(Подпись)

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

(Подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ »

(Дата оформления информированного добровольного согласия)

Верно
Подпись

Селезнева Ю.С. 19.12.2022.

