

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 санаторно-курортной медицинской помощи
(в соответствии с приказом Минздрава России от 12 ноября 2021 г. № 1051н)

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 _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным
представителем)
" " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
Проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного
представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, спирография,

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 санаторно-курортной медицинской помощи / получения санаторно-курортной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Федеральном государственном бюджетном учреждении санаторий «Глуховская»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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, 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"

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 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, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)