

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
в соответствии ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
и приказа Минздрава России от 12.11.2021 г. №1051н.**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

дата рождения гражданина либо законного представителя: " _____ " _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ ,
(адрес регистрации по месту жительства гражданина либо законного представителя)

фактически проживающий (ая) по адресу: _____

_____ (адрес проживания) гражданина либо законного представителя

в отношении _____

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

« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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 (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)

в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»). Медицинским работником

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 РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

*Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012 г. N 390н*

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, 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, 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, внутривожно;
13. Медицинский массаж;
14. Лечебная физкультура.