Приложение № 1 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ЮРСтом»

**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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [перечень](consultantplus://offline/ref=D1496BA95E93AE4BADB89F135A3D66D2AF1FD7C7F53AD07A381CFE5AD08FC42795B69D02B1C5E5FF32N3H) 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082).

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, зондирование, термопробы, ЭОД.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Исследование функций нервной и мышечной системы.

7. Рентгенологические методы обследования.

8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в переходную складку.

Для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ЮРСтом» медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в доступной для меня форме

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

мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее 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](consultantplus://offline/ref=D1496BA95E93AE4BADB89F135A3D66D2AF1FD7C7F53AD07A381CFE5AD08FC42795B69D02B1C5E5FF32N3H), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=D1496BA95E93AE4BADB89F135A3D66D2AF19D7CBF13FD07A381CFE5AD08FC42795B69D02B1C5E7F932N9H) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 3 статьи 19](consultantplus://offline/ref=D1496BA95E93AE4BADB89F135A3D66D2AF19D7CBF13FD07A381CFE5AD08FC42795B69D02B1C5E7FC32N2H) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)