**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, « » г. рождения

Проживающий по адресу :

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

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 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 2408200)

(далее-Перечень)

1. Опрос, в том числе выяснение жалоб; сбор анамнеза.
2. Осмотр; в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрическое исследование.
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, пикфлуометия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография(для беременных).
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультрозвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

для получения первичной медико-санитарной помощи в ГУЗ Заокская центральная районная больница

Пациентом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_ » г. рождения

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Должность Ф.И.О)*

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 так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я могу отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-Ф3 «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 ч.3 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации » может быть передана информация о состоянии моего здоровья

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(Ф.И.О/ подпись)*

Контактный телефон: +7 ( ) - -

 /

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

« \_» 20 г.