

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
« ____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю добровольное информированное согласие на следующие виды медицинских вмешательств для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Эм Эр Ай Клиник»:

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, внутрикочно.*
13. *Медицинский массаж.*
Лечебная физкультура.

² Извлечение. Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

часть 9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1. *если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, не достигших 15 лет (больные наркоманией – 16 лет) или лица, признанного в установленном порядке недееспособным);*
2. *в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;*
3. *в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами;*
4. *в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);*
5. *при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.*

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания указанных медицинских вмешательств связанных 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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 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)

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)