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 медико-санитарной помощи

Я, ____

«________»__________________ _________г. рождения,

зарегистрированный(ая) по адресу: ____

(адрес места жительства пациента либо 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 медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 №390н (далее – Перечень):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация
3. Антропометрические исследования
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические
7. Рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография и конусно-лучевая компьютерная томография
8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно,

для получения первичной медико-санитарной помощи / получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **ООО «Реутовская стоматологическая клиника»**

Медицинским работником – список специалистов на обороте

(должность, ФИО 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 ФЗ от 21.11.2011 №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 ФЗ от 21.11.2011 №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)

____

(ФИО гражданина, контактный телефон)

____________ ____

(подпись) (ФИО пациента или законного представителя пациента)

«________»__________________ _________г.

(дата оформления)

должность, ФИО медицинского работника	№ пункта Перечня	дата согласия	подпись пациента / законного представителя