ООО «Здоровый ребенок»

 394077, г. Воронеж, ул. 60 армии, д.22 «Б», оф.4

 Лицензия ЛО -36-01-003428 от 19.07.2018 г.

 ИНН/КПП 3662996653/ 366201001

 **Информированное добровольное согласие пациента на виды**

 **медицинских вмешательств для получения первичной врачебной**

 **медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь

законным представителем несовершеннолетнего

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

 (ФИО, дата рождения ребенка)

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 врачебной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н именно:

- опрос, осмотр(пальпация, риноскопия, перкусия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия,вагинальные исследования), антропометрические исследования, термометрия, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),лабораторные методы исследования

(клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические),функциональные методы обследования, рентгенологические методы исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, введение вакцин и иммунопрепаратов), медицинского массажа и ЛФК, кроме того, даю согласие на проведение ингаляций, биопунктуры, лор-манипуляций, криотерапии, осмотра гинеколога(детского), уролога (детского).

 ООО «Здоровый ребенок»

 394077, г. Воронеж, ул. 60 армии, д.22 «Б», оф.4

 Лицензия ЛО -36-01-003428 от 19.07.2018 г.

 ИНН/КПП 3662996653/ 366201001

 **Информированное добровольное согласие пациента на виды**

 **медицинских вмешательств для получения первичной врачебной**

 **медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь

законным представителем несовершеннолетнего

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

 (ФИО, дата рождения ребенка)

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 врачебной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н именно:

- опрос, осмотр(пальпация, риноскопия, перкусия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия,вагинальные исследования), антропометрические исследования, термометрия, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),лабораторные методы исследования

(клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические),функциональные методы обследования, рентгенологические методы исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, введение вакцин и иммунопрепаратов), медицинского массажа и ЛФК, кроме того, даю согласие на проведение ингаляций, биопунктуры, лор-манипуляций, криотерапии, осмотра гинеколога(детского), уролога (детского).

Медицинским работником, врачом

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

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

в доступной для меня форме 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, или потребовать его (их) прекращения.

Я обязуюсь предоставлять врачу достоверную информацию о состоянии здоровья,

 а так же обязуюсь неукоснительно следовать назначениям врача и инструкциям по применению лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

 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 ребенка)

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

 (подпись) **(Ф.И.О. врача, медицинского работника)**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.

Медицинским работником, врачом

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

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

в доступной для меня форме 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, или потребовать его (их) прекращения.

Я обязуюсь предоставлять врачу достоверную информацию о состоянии здоровья,

 а так же обязуюсь неукоснительно следовать назначениям врача и инструкциям по применению лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

 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 ребенка)

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

 (подпись) **(Ф.И.О. врача, медицинского работника)**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.