

\_\_\_\_\_

( , , ( ) )

\_\_\_\_\_

( )

:

\_\_\_\_\_

( )

:

\_\_\_\_\_

( , , ( ) )

\_\_\_\_\_

( )

:

\_\_\_\_\_

( )

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие в медицинской организации для получения специализированной медико-санитарной помощи (медицинских услуг) и санаторно-курортного лечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, а именно:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования и манипуляции органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования и манипуляции органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
- Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- Медицинский массаж
- Лечебная физкультура
- Физиотерапевтические процедуры и альтернативные методики (далее виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения медико-санитарной помощи/получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**

\_\_\_\_\_

«                      «                      »»

(                      )

«                      «                      »» \_\_\_\_\_

( , , , ( ) )

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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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**), в том числе после смерти:

( , , ( ) , )

( , , ( ) , )

( )

, - ,

( ) ,

( ) , ,

( ) ,

, ,

( ) ( , , ( ) , )

( ) ( , , ( ) )

( )