

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане или законные представители дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Я, _____

рождения зарегистрированный по адресу _____

даю информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) на следующие виды медицинских вмешательств:

- *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 органа зрения и зрительных функций. - Неинвазивные исследования 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, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кариотонография (для беременных).*
- *Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.*
- *Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно. -Медицинский массаж. - Лечебная физкультура.*

(нужное подчеркнуть)

В ООО ЛОЦ «Арника» Медицинским работником _____

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:

- 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;
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

ФИО и подпись пациента _____

ФИО и подпись мед. работника _____

Дата « _____ » _____ 202__ г