**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, **Иванова Нина Петровна,**

 (Ф.И.О. законного представителя ребенка, пациента старше 15 лет)

**12 мая 1975** г. рождения, паспорт **7400 123456** выдан: **ОУФМС России по ЯНАО в г. Ноябрьск**

**г. Ноябрьск, ул. Советская, д. 1, кв. 1**

 (адрес места жительства законного представителя)

являясь законным представителем **Иванова Игоря Дмитриевича**

 (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. «24082), получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО МЦ «Сибирское здоровье», в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: общего анализа крови, биохимического, иммунологического, анализ крови на наличие вирусных инфекция, включая вирус иммунодефицита человека, общего анализа мочи, электрокардиографии, проведение рентгеновских, ультразвуковых, эндоскопических, лабораторных исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я информирован/информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен/извещена о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден/предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструмента и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил/поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил/сообщила правдивые сведения о наследственности;

- Я согласен/согласна на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях, с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен/ознакомлена и согласен/согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понято и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном мне объеме. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случае, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о диагнозе и характере заболевания моим родственникам (мать, отец, бабушка, дедушка), законным представителем которого я являюсь.

 **Иванов Петр Евгеньевич (дедушка) +7(900)123-45-67**

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

**Иванова Иванова Н.П.**

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

**Дата оформления 25.05.2018**