

**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 медико-санитарной помощи**

Я, _____

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

_____ г. рождения, паспорт _____ выдан: _____

_____ (адрес места жительства законного представителя)

являясь законным представителем _____

(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 информированное 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 инфекций 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 любые, 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 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, положении которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме. 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" (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 .

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

_____ (подпись)

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

Дата оформления _____