

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

к Медицинской карте № \_\_\_\_\_ пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в медицинском центре «Любимый доктор», Адрес места нахождения: 455025, г. Магнитогорск, ул. им. газеты Правда, д.75. ОГРН:1157456011305 ИНН: 7456028326

*Настоящее Информированное Добровольное Согласие на виды медицинского вмешательства составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», приказом Минздрава России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»*

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата рождения)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю свое согласие на следующие виды медицинских вмешательств для получения мною(пациентом, чьим законным представителем, я являюсь) медицинской помощи:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, а также иные виды медицинских вмешательств, в которых может возникнуть необходимость в процессе обследования и лечения.

**Медицинским работником** \_\_\_\_\_

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

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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Заявляю, что 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. граждан, контактные телефоны)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись гражданина, или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (дата оформления Согласия)