**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 гражданина)

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения

зарегистрированный по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на 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 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 24082)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Рентгенологические методы исследования.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкож­но, внутрикожно.

Для получения первичной медико-санитарной помощи, получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в БУЗ УР «ДКСП МЗ УР»

(наименование медицинской организации)

Медицинским работником:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф И О медицинского работника)

в доступной для меня форме 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, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ф3 «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 года № 323-ФЭ «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)

(Ф И О гражданина, контактный телефон) (подпись) (Ф И О, гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф И. О. медицинского работника)

« » Г.

(дата оформления)