

## **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

(фамилия тля, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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<sup>1</sup> (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина уши его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)

к информированному добровольному согласию

**Перечень  
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при получении  
первой медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлюметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая амбулаторную и стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.
16. Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами санатория «Вита».
17. Консультацию по медицинским показаниям и оказание медицинской помощи в лечебных учреждениях за пределами санатория «Вита» (ООО).

---

Подпись, ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, усыновителя (подчеркнуть)

«\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.  
Дата оформления добровольного информированного согласия

Внимание! При госпитализации ребенка в лечебные учреждения за пределы санатория, родители (законные представители) ребенка информируются медицинским работником санатория по телефону, указанному родителями (законными представителями) в информированном добровольном

согласии на медицинское вмешательства. Прочим лицам информация о состоянии здоровья ребенка не предоставляется.

**Согласие гражданина или его законного представителя на разглашение сведений,  
составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_

,

далее «Ребенок», в соответствии с требованиями ч. 3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях обеспечения контроля оказания медицинских и оздоровительных услуг даю добровольное согласие на:

- предоставление информации о состоянии здоровья Ребенка, применяемых видах лечения и иной информации, связанной с состоянием здоровья, заболеванием, а также госпитализацией моего Ребенка в изолятар санатория «Вита», либо любое иное оздоровительное или медицинское учреждение, следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

,

с правом передачи ими полученной в соответствии с настоящим Согласием информации медицинским работникам.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г. и действует на период

с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя или законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.