

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств при получении
санаторно-курортного лечения, включенных в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения
первой медико-санитарной помощи**

Я, _____
Ф. И. О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

"_____" года рождения, проживающий по адресу: _____

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

даю информированное добровольное согласие на оказание медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первой медико-санитарной помощи, (приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 г. № 390н) при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Ф. И. О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель
"_____" года рождения, проживающего по адресу: _____

адрес ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель
медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в санатории "Вьюнки".

Я ознакомлен с Перечнем, 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 отказываться 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, здоровья моего ребенка или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Ф. И. О. гражданина, контактный телефон

подпись

Ф. И. О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

подпись

Ф. И. О. медицинского работника, оформившего согласие, должность

"_____" 20____ года
дата оформления информированного добровольного согласия

ПЕРЕЧЕНЬ

**определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых 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, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
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.