

**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, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя 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 адресу)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего 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. N 390н (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 ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава России

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи (санаторно-курортного лечения), связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (санаторно-курортного лечения), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (санаторно-курортного лечения). 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. N 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. N 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 или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (врач подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении санаторно-курортного лечения**

1. Осмотр врача (врача приемного отделения, дежурного врача, лечащего врача, врача-специалиста, заведующего отделением).
2. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (жизни, заболевания).
3. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
4. Антропометрические исследования (измерение роста, веса).
5. Термометрия.
6. Измерение артериального давления.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы обследования: клинические, биохимические, иммунологические.
11. Функциональные методы обследования: электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковые исследования (УЗИ).
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Назначение мазевоего лечения (наружно).
14. Назначение диетотерапии, кислородного коктейля, минеральной воды.
15. Назначение физиотерапевтического лечения (грязелечение, ингаляции, аппаратная физиотерапия, ванны, души, ароматерапия, бальнеотерапия, аппаратный массаж (ЭПС), сухие углекислые ванны, озонотерапия, электрогрязелечение, светолечение).
16. Медицинский массаж.
17. Лечебная физкультура.
18. Назначение климатолечения (аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия) по сезону.
19. Ведение электронной медицинской карты санаторно-курортного больного.
20. Осмотр врача-стоматолога, санация ротовой полости.
21. Консультация узких специалистов (при необходимости).
22. Рентгенологические методы обследования (при необходимости).
23. При необходимости, даю согласие медицинскому работнику ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава России быть представителем моего ребенка в других ЛПУ.
24. Госпитализация в профильное учреждение (при необходимости).

---

(подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)