

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ »

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

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

« ____ »

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

г. рождения, проживающего по адресу:

(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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень): Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура. Функциональные пробы в диагностике физической работоспособности и тренированности спортсменов. Физиотерапевтическое лечение.: для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»

(полное наименование медицинской организации)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество 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:

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ »

(дата оформления)

Г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ »

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

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

« ____ »

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

г. рождения, проживающего по адресу:

(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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень): Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура. Функциональные пробы в диагностике физической работоспособности и тренированности спортсменов. Физиотерапевтическое лечение.: для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»

(полное наименование медицинской организации)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество 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:

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ »

(дата оформления)

Г.

пациента (представителя), обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных

* Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Ф.И.О. полностью

Дата рождения « _____ » _____ г. Данные свидетельства о рождении _____
(серия, номер, дата, кем выдан)

Адрес места регистрации : _____

Адрес фактического проживания: _____

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, представляемого, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими работу учреждения здравоохранения. В процессе оказания Оператором медицинской помощи представляемого я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные представляемого, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения представляемого.

Подпись Оператора _____ дата « » _____ г.

пациента (представителя), обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных

* Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Ф.И.О. полностью

Дата рождения «_____» _____ г. Данные свидетельства о рождении _____
(серия, номер, дата, кем выдан)

Адрес места регистрации : _____

Адрес фактического проживания: _____

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, представляемого, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими работу учреждения здравоохранения. В процессе оказания Оператором медицинской помощи представляемого я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные представляемого, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения представляемого.

Подпись Оператора _____ дата « » _____ г.

* в строках, не подлежащих заполнению ставится прочерк.