

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
Адрес: Тюменская область, м. р-н Тюменский, с.п. Винзилинское, тер. ФАД Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км 28-ой, зд. 8.
Тел. 8 (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения _____

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг): опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование; осмотр врача-психиатра (по показаниям); 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, пикфлоуметрия, 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, внутривожно; медицинский массаж, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, водолечение, рефлексотерапия, аппаратное офтальмологическое лечение, парабульбарные инъекции, подконъюнктивальные инъекции в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моего здоровья (здоровья представляемого), моего заболевания (заболевания представляемого), осведомлен (а) об альтернативных методах лечения, реабилитации и обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине потребителя.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____ (указать какие, если имеются исключения)

Я согласен (а) на применение всех необходимых по состоянию моего здоровья (здоровья представляемого) лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ (указать какие, если имеются исключения)

Я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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» (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 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Этот раздел бланка заполняется законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, и находящихся в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации Пышма» с сопровождающим (ей), не являющимся(ейся) законным представителем.

Я возлагаю ответственность по сопровождению своего ребенка на период реабилитации в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» на _____ (Ф.И.О. полностью)

Сопровождающий(ая) берет на себя ответственность по сопровождению, сохранению жизни и состояния здоровья _____ (ФИО ребенка, полностью)

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. сопровождающего)

Расписался в моем присутствии:

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О., должность медицинского работника)

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

« _____ » _____ 20__ г. (дата оформления)