

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента полностью /законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента, чьи интересы представляются \_\_\_\_\_), даю  
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,  
утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23  
апреля 2012 г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012  
г. №24082), (перечень в приложении №1), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения  
первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное  
зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «\_\_\_\_\_».

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. 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 г., №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 состояния лица, законным представителем  
которого я являюсь (не нужно зачеркнуть)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя, контактный телефон) (подпись)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**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, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.