

Приложение № 2

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Форма

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____ {ФИОПациента}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
{ДатаРожденияПациента} рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина
либо законного представителя)
_____ {АдресПациента}
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законном 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. № 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 _____ {НазваниеСтруктурнойЕдиницы}
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____ {Врач}
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____ {ФИОПациента}, {ТелефонПациента}
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ {Врач}
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

{ДатаДоговора}
(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.

** - Медицинские вмешательства, выполняемые на стоматологическом амбулаторном приёме.*