

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Я, <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство. 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, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, 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. Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство. Я уведомлен(а) и согласен(а) с обработкой и передачей моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в объеме и способами, указанными в п. 1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных 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, аллергические реакции и др. До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею. Я согласен(а) на применение лекарственных препаратов за исключением: _____ (указать какие, если имеются исключения). Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы. Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми. Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам: _____

**Настоящее согласие дано мной «<ДАТА_Д>» <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.
Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____ <ПАЦИЕНТ_ФИО>**

Примечание: при приеме лиц до 15 лет (детей), обязательно подписывается родителем или иным законным представителем