**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**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

 зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

 даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств при оказании

 моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., год рождения)

 первичной медико-санитарной помощи в МАУ СОК «Лесной»

 утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

 Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством

 юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды

 медицинских вмешательств):

***1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.***

***2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия,***

***3. Антропометрические исследования.***

***4. Термометрия.***

***5. Тонометрия.***

***6.. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.***

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

 в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

 помощи, связанный с ними риск, возможнее 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

 Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,

 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. N 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)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.