Приложение № 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
г. **УТВЕРЖДЕНО**
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021г.№ 1051

Информированное добровольное согласие пациента
на медицинские вмешательства/действия.

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
_____ г. рождения
Зарегистрированный по адресу: _____
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. N 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.
Медицинским
работником_____ в доступно
й 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. N 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. 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),*в том числе после смерти:
ФИО _____телефон:_____
(Ф.И.О (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Настоящим я доверяю коллективу ООО «Архи-Мед», выполнить следующие из необходимых медицинских вмешательств/действий:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное, ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследования функций нервной системы (чуствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахонометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультрозвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- Медицинский массаж, лечебная физкультура.

_____
(Ф.И.О. лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании медицинской помощи)
Подпись (Ф.И.О медицинского *работника)*_____ г
(дата оформления добровольного информированного согласия)