

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

(составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказом МЗ РФ от 12.11.2021 г. №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство»)

Я, _____, проживающий(ая) по адресу: _____
ФИО пациента/законного представителя
паспорт серия _____ номер _____, выдан « ____ » _____ 20 ____ г. _____,
название выдавшего органа
являясь законным представителем: _____
ФИО пациента, дата рождения

добровольно обращаюсь в ООО «ЛДЦ «Медиком» (далее – Исполнитель) и даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств:

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, термометрия, тонометрия;
4. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
5. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография;
9. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутривенно, внутримышечно, наружно, перорально, подкожно, ректально;
11. Медицинский массаж, лечебная физкультура.

Медицинским работником Исполнителя 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.

Я уведомлен(а) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарственных препаратов, процедур, а также иную информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания, об экологических и производственных факторах физической, химической, или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я информирован(а), что в целях обеспечения контроля качества оказываемых услуг и безопасности Сторон договора производится видеосъемка.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

В соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 ФЗ-323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания членам моей семьи, законным представителям, гражданам.

Главный врач ООО «ЛДЦ «Медиком»

Законный представитель/Пациент

И.В. Полуешкина

м.п.

подпись