

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОДОН»

344019, Россия, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Мясникова, 50/31

ИНН 6163137122, КПП 616301001, ОГРН 1146196000323,

Лицензия № Л041-01050-61 00326197, выдана МЗ РО от 01.04.2015г

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство
(в соответствии с Приложением №2, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021г.
№ 1051)

Я, ФИО пациента, дата рождения Дата рождения пациента, зарегистрирован по адресу Адрес
регистрации пациента

Адрес места жительства Адрес места жительства пациента

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): 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, рэоэнцефалография, **электроэнцефалография, видео – ЭЭГ – мониторинг, электронейромиография,** 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, внутрикочно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

1. Медицинским работником Врач (полностью)

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. 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 (не-нужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

3. Я понимаю, что в соответствии со статьей 27 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", я обязан(а), заботиться о сохранении здоровья своего (представляемого ребенка).

4. Медицинским работником мне разъяснено, что я (представляемый ребенок) имею право получить бесплатную медицинскую помощь в другом медицинском учреждении в рамках обязательного медицинского страхования.

5. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства и лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого ребенка)

здоровья.

6. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания и возможных осложнениях и последствиях при отказе от медицинского вмешательства.

7. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого ребенка) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого ребенка) в течении жизни, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

8. Я информирован(а), что медицинская информация является конфиденциальной, и я разрешаю использовать мою (представляемого ребенка) медицинскую информацию для ведения медицинской документации.

9. Я разрешаю представлять мои (представляемого ребенка) медицинские документы и информацию всем должностным и третьим лицам, причастным к оказанию мне (представляемому ребенку) медицинской помощи.

10. Я разрешаю использовать мою (представляемого ребенка) медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, в том числе независимыми специалистами.

11. Я даю согласие на проведение видеозаписи и фотографирования меня или моего ребенка, на использование и обнародование моих изображений в публикуемых Медицинской организацией научно-медицинских исследованиях, в докладах, выступлениях, печатных изданиях; материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников; а также в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях Медицинской организации и в сети «Интернет» (включая сайт Медицинской организации)

12. Я согласен(на) на получение информации посредством мобильного приложения МедТочка.

13. Настоящим я соглашаюсь/отказываюсь _____ от направления протокола в подсистему РЭМД ЕГИСЗ с целью передачи в ИЭМК (интегрированная электронная медицинская карта).

14. Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на все указанные выше медицинские вмешательства.

Пациент _____ (Фамилия и инициалы пациента)

Принял

сотрудник _____ (Врач (инициалы))

Текущая дата