

ОБРАЗЕЦ

Приложение №2

к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 20.12.2012 №1177н

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, ФАМИЛИЯ ОТЧЕСТВО РОДИТЕЛЯ (ПОЛНОСТЬЮ)

ДД.ММ.ГГГГ РОДИТЕЛЯ года рождения

зарегистрированный по адресу: **ПОЛНОСТЬЮ ПРОПИСЫВАЕТСЯ АДРЕС (КАК В ПАСПОРТЕ)**

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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) **в муниципальном автономном учреждении дополнительного образования города Ульяновска «Детский оздоровительно-образовательный центр им. Деева», действующем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-73-01-001475 от 16.10.2015г.**

Медицинским работником

НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕД.РАБОТНИКОМ В ДЕНЬ ЗАЕЗДА

(Ф.И.О, должность медицинского работника)

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 года 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 года 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)

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО РЕБЕНКА (ПОЛНОСТЬЮ)

(Ф.И.О. ребенка (полностью))

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ

(подпись)

**РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ РОДИТЕЛЯ
(ФАМИЛИЯ И ИНИЦИАЛЫ), ТЕЛ. РОДИТЕЛЯ**

(Ф.И.О. родителя (законного представителя), контактный телефон)

НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

(подпись)

НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

(Ф.И.О. медицинского работника)

НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

(дата оформления)

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития РФ
от 23.04.2012 №390н

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.