



МЕДЛАЙН-СЕРВИС

123310, Москва, Петлицкое шоссе, д. 41  
Тел.: (095) 759-3322, факс: 759-1152

Приказ Минздравсоцразвития России  
от 23 апреля 2012 года № 390-н  
зарегистрированный Минюстом России  
05 мая 2012 года №24082

**Информированное добровольное согласие пациента  
на виды медицинских вмешательств, включенных 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, имя, отчество)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 (далее Перечень медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Первичной медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_  
(наименование лечебно-профилактического учреждения)

уполномочиваю врачей \_\_\_\_\_  
должность и Ф.И.О. медицинского работника

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Настоящим заявлением я подтверждаю свое желание получить медицинские услуги в медицинском центре ООО «Медлайн-Сервис» и согласен на: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия, тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования; доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж; лечебная физкультура, а так жеиные лечебно-диагностические манипуляции, методы обследования, анализы, исследования, проводимые по медицинским показаниям в процессе оказания медицинских услуг в медицинском центре ООО «Медлайн-Сервис».

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия