

Утверждено приказом "О порядке оформления добровольного информированного согласия

в ООО медицинский центр "Наша Клиника"

**Информированное добровольное согласие  
в ООО медицинский центр «Наша Клиника»**

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, таких как:

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, 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, внутривожно;
13. Медицинский массаж;
14. Лечебная физкультура;

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 <1> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень),

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом в Общество с ограниченной ответственностью МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «НАША КЛИНИКА»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 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:

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, телефон)

(дата оформления)