

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при получении медицинской помощи  
в ООО «Первый ДМЦ»**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий (-ая)

по адресу: \_\_\_\_\_ даю добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь

\_\_\_\_\_, проживающий (-ая)

по адресу: \_\_\_\_\_  
медицинской помощи в ООО «Первый ДМЦ» по адресу: 410012, г. Саратов, ул. им. Дзержинского Ф.Э., д. 26.

Медицинским работником \_\_\_\_\_ я ознакомлен \_\_\_\_\_ с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые, **я даю информированное добровольное согласие**, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, 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 и электрокардиограммы, спирография, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, 11. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, 13. Медицинский массаж, 14. Лечебная физкультура, физиотерапия.

Я информирован о том, что данный перечень **соответствует Перечню 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 Минздрава России от 23.04.2012г. №390н (зарегистрирован в Министерстве юстиции РФ 05.05.2012г., регистрационный №24082) частью 9 статьи 20 Федерального Закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я понимаю, что обратился за получением медицинской помощи **в медицинскую организацию, которая является учебной базой ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского" Минздрава России**, обеспечивающей учебный и научный процесс в университете, и я даю свое согласие на присутствие обучающихся университета во время учебных осмотров или проведения в отношении моего ребенка медицинского вмешательства. \_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что **в случае опоздания на прием и обследования** к назначенному времени: 1) более 10 мин при первичном осмотре у специалистов с временем приема 40 мин, 2) более 5 мин при первичном осмотре у специалистов с временем приема 20 мин, повторном осмотре и проведении лабораторно-инструментальных обследований; специалисты вправе осуществлять прием следующих по записи пациентов. В этом случае прием опоздавшего Пациента будет произведен в этот день только при наличии у специалиста такой возможности и в то время, которое он сможет выделить для этого, либо будет оказана консультация другим свободным специалистом. \_\_\_\_\_  
Мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Меня уведомили о том, что не соблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006)

Мне разъяснено, что **информированное добровольное согласие на указанные виды медицинских вмешательств** действительно в течение всего срока оказания первичной, в том числе доврачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в ООО «Первый ДМЦ». Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время за период оказания медицинской помощи в ООО «Первый ДМЦ», я **имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде лично или заказным письмом.

**В случае моего отсутствия** уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку следующих лиц (указать Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании медицинской помощи):

Подпись \_\_\_\_\_

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

Дата оформления добровольного информированного согласия: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.