

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, ребенку, лицу, чьи законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес места жительства гражданина (ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: 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, токсикологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, риноманометрия, велоэргометрия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография; Рентгенологические методы обследования и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Медицинским работником \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме:  
должность, Ф.И.О. медицинского работника

- 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.
- Я информирован о возможности бесплатного получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий.
- Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, инфекционных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.
- В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, и блокировку) своих персональных данных.
- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя  
Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
Дата оформления информированного добровольного согласия