**Общество с ограниченной ответственностью «Полимедика Челябинск»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение диспансеризации (репродуктивной диспансеризации, профилактического медицинского осмотра), 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_{{name}}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем

мать отец усыновитель опекун попечитель

ребенка или лица,

признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане (лицом, законным представителем которого я являюсь) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ СР РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень) в ООО «Полимедика Челябинск»
* проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра, репродуктивной диспансеризации; далее по тексту – **ДСП/ПМО/рДСП**), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами (средними медицинскими работниками), лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия, проводимые в рамках ДСП/ПМО/рДСП согласно полу и возрасту (объем ДСП/ПМО/рДСП, утвержденные Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (утвержден приказом Минздрава России от 13.03.2019 N 124н), Порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (утвержден приказом МЗ РФ от 10.08.2017 г. N 514н), Порядком диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (утвержден приказом МЗ РФ от 11.04.2013 г. № 216н).
* Я ознакомлен и согласен с тем, что нормативными документами МЗ допускается предъявлять в реестр на оплату медицинской организацией случаев оказания медицинской помощи ДСП/ПМО/рДСП, в том числе в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема услуги, входящей в стандарт.
* Я ознакомлен и согласен с тем, что талон амбулаторного пациента, оформленный по результатам ДСП/ПМО/рДСП, может быть закрыт на любого медицинского работника медицинской организации с целью технического ускорения оформления случая оказания медицинской помощи и предъявления его в реестр на оплату.
* Я ознакомлен и согласен с тем, что непройденные мной обследования (услуги) в день обращения за медицинской помощью и день оформления талона амбулаторного пациента по ДСП/ПМО/рДСП я смогу пройти в любой другой день в течение календарного года в кабинете диспансеризации на любом из филиалов организации. Все необходимые направления в рамках услуги ДСП/ПМО/рДСП я могу получить в часы работы кабинетов диспансеризации.
* Я ознакомлен и согласен с тем, что дата закрытия талона услуги ДСП/ПМО/рДСП устанавливается как фиксированное число, устанавливаемое в медицинской информационной системе организации автоматически (через 3-5 дней с даты открытия талона амбулаторного пациента). При этом услуги, входящие в талон, будут оформляться в реестр случаев оказания одной датой.
* Я ознакомлен и согласен с тем, что результаты анализов/исследований/консультаций, которые были проведены мне за рамками ДСП/ПМО/рДСП, в том числе результаты анализов/исследований/консультаций, проведенные в других медицинских организациях, могут быть использованы поликлиникой для закрытия законченного случая ДСП/ПМО/рДСП и предъявления его на оплату, так как это разрешено нормативными документами.
* Наличие собственноручно поставленной подписи в настоящем ИДС подтверждает факт отсутствия претензий к медицинской организации в плане проведения мне ДСП/ПМО/рДСП.

**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 определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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»\*\*.**

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_{{name}}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

**\*Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется в случае, если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства.**

**\*\*Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446**

@Date г.