Приложение №2

к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 20.12.2012 №1177н

**Информированное добровольное согласие на 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**](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/7905c946-92d7-4329-b61f-da6a664300b0)

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| даю информированное добровольное согласие на 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](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/a969979a-1976-4e7f-88ca-e9a058bc8235), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/db3f4ce7-60d6-499b-804c-6308ff2bebd1) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - [Перечень](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/740fde43-c24c-4ccc-ab96-32f1ee24fd0c)), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) **в государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного образования детей областном детском оздоровительно-образовательном центре «Юность», действующем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-73-01-000956 от 29.08.2013** | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО, должность 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](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/bcb789ee-75d6-4fe8-b4ad-86f806092011), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/ded48450-65ff-4471-9e11-8845b4c9959d) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446).      Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/abf35010-6a93-4b2f-a491-eaa082479165) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| *(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |
| *(подпись)* | | | | | | |  | *(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)* | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |
| *(подпись)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(дата оформления)* | | | | | | |  | *(Ф.И.О. медицинского работника)* | | | | | |

Приложение

к приказу Министерства

здравоохранения и социального развития РФ

от 23.04.2012 №390н

**Перечень  
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6.Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.