

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 и определенного вида медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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, утвержденный Приказом ФМБА России от 30.03.2007г. №88 и Приказом Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390 и (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), определенного вида медицинского вмешательства при оказании моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь.

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

первичной медико-санитарной помощи и определенного вида медицинского вмешательства в  
ГБУЗ ДС №8 ДЗМ

\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ должность, Ф.И.О. медицинского работника

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств (Приложение), в доступной для меня форме 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. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
Дата оформления информированного добровольного согласия

## Приложение

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
(Минздравсоцразвития России) от 23 апреля 2012 г. N 390н г. Москва

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, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические.
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, пикфлоуметрия.
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно.
10. Медицинский массаж.
11. Лечебная физкультура.

### **Определенные виды медицинского вмешательства:**

1. Светолечение
2. Электротерапия
3. Аэрозольтерапия
4. Галотерапия
5. Спелеотерапия
6. Водолечение (гидромассажная ванна).