**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**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом МЗ и СР РФ России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства", постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

Я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*г. рождения, документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения (дата рождения пациента при подписании законным представителем), проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(в случае проживания не по месту жительства законного представителя).

поставлен (на) в известность, что я нахожусь на лечение\консультации в Обществе с ограниченной ответственностью "Центр миграционных услуг" (Медицинский центр «Здоровый край») (Лицензия № Л041-01019-24/00362232 от 05.06.2020г. (бессрочно) на осуществление медицинской деятельности выдана Министерством здравоохранения Красноярского края. ИНН 2465123400, КПП 246501001,ОГРН 1152468016656, официальный сайт в сети «Интернет»: https://pvsmed24.ru/)

- даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (в соответствии с назначениями врача);

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе: пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия. исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,

внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Осмотр врача-психиатра, психиатра-нарколога и проведение психиатрического освидетельствования.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- 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 я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, или потребовать их прекращения за исключением случаев, предусмотренных часть 9 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с п.5 ч.5 ст.19 ФЗ от 21.11.2011 г. передачу информации о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: /(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие на предоставление амбулаторных карт на хранение, согласно приказов МЗ РФ, по факту проведения медицинского осмотра, а также на предоставление представителю работодателя формы аудиограмм, протоколов и заключений с целью предоставления в ЦПП.

Мне так же даны разъяснения о возможности получения медицинских услуг без взимания платы в иных медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Ф.И.О. гражданина: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Подпись), Контактный телефон: *+7 п*

Ф.И.О. медицинского работника: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* должность: *терапевт* (Подпись), а

*Дата\_\_\_\_\_\_\_\_ п*