



УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года N 1051н

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в Общество с ограниченной ответственностью "Медсервис Каменск", в том числе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрическое исследование, термометрия, тонометрия, исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

2. Лабораторные методы исследований, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Забор биоматериала для лабораторных исследований проводится при помощи стерильной вакуумной системы. Перед введением иглы место укола предварительно обрабатывается одноразовой спиртовой салфеткой.

3. Функциональные методы исследований, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, спирография, электроэнцефалография, маммография (электроимпедансная).

4. Ультразвуковые методы исследований, в том числе эхокардиография, доплерография сосудов. Проводятся на специальном оборудовании - ультразвуковом аппарате, с использованием специальных датчиков, в том числе эндокавитальных (внутриполостных). Датчики предварительно обрабатываются специальным дезинфицирующим раствором. Перед обследованием исследуемую зону смазывают гипоаллергенным медицинским гелем. Ультразвуковое исследование органов малого таза женщин (матка, яичники) выполняется с помощью установки датчика во влагалище, органов малого таза мужчин (предстательная железа) с помощью установки датчика в прямую кишку, на датчик одевается специальный стерильный презерватив, смазывается гипоаллергенным медицинским гелем. При обследовании я буду подвергнут(а) факторам физического воздействия (ультразвуковое излучение 1,8 – 15 МГц).

5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, а также прочие лечебные и диагностические манипуляции по назначению врача.

Мне в доступной форме 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, или потребовать его (их) 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Мне разъяснено, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

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

Главный врач

Урванцев Павел Владимирович

(подпись)

(должность)

(фамилия, имя, отчество)

(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ТРЕТЬИМИ ЛИЦАМИ**

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, пользуясь правом, предоставленным мне ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", разрешаю получать медицинскую документацию по услугам, оказанным мне в Общество с ограниченной ответственностью "Медсервис Каменск", следующим лицам или моим законным представителям:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лиц, которым разрешено получать результаты анализов, или иная запись пациента, касающаяся информирования третьих лиц о результатах проведенных анализов)

Если по каким-либо причинам невозможно личное обращение третьих лиц (законных представителей), разрешаю высылать результаты анализов по электронной почте, в том числе сканированное изображение бланка:

\_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты)

Подписывая данное согласие я информирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ООО "Медсервис Каменск". За взлом моего почтового ящика и утечку информации ООО "Медсервис Каменск" ответственности не несет.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

**ЛИСТ ПОДПИСЕЙ ИДС**  
**(необходимо заполнять каждый раз при повторном обращении пациента)**

\_\_\_\_\_  
(дата согласия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(дата согласия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(дата согласия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(дата согласия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(дата согласия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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