



Общество с ограниченной ответственностью «Клиника врачебной косметологии Академгородка»
630055, г.Новосибирск, ул.Российская, д.21
ИНН 5408288306 КПП 540801001
ОГРН 1115476072337
р/сч 40702810104000063195 БИК 045004816
Сибирский филиал ПАО "ПРОМСВЯЗЬБАНК"
кор/счет 3010181500000000816

Форма в соответствии с Приложением № 2
приказом Министерства здравоохранения РФ от
12 ноября 2021 г. N 1051н ООО «КВК» Лиц. №
ЛО41-01125-54/00318729 от 29.01.2018г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" ____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в ООО «Клиника Врачебной Косметологии Академгородка»

Виды медицинских вмешательств, включенных в перечень: 1.Опрос, в т.ч. выяснение жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация; 3. Антропометрические методы исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органов зрения и его функции; 7. Неинвазивные методы исследования органа слуха и его функции; 8. Исследования функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. Лабораторные методы исследования (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические); 10. Функциональные методы исследования (ЭКГ, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ, спирография, реоэнцефалография, электроэнцефалография); 11. Рентгеновские методы обследования (ФЛГ, УЗИ, МРТ, КТ, доплерографические исследования); 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно; 13. Медицинский массаж; 14. Лечебная физкультура.

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения, о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" ____ 202__ г.
(дата оформления)



Общество с ограниченной ответственностью «Клиника врачебной косметологии Академгородка»
630055, г.Новосибирск, ул.Российская, д.21
ИНН 5408288306 КПП 540801001
ОГРН 1115476072337
р/сч 40702810104000063195 БИК 045004816
Сибирский филиал ПАО "ПРОМСВЯЗЬБАНК"
кор/счет 3010181500000000816