



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ПМ
КЛИНИК»

ОГРН 1207700154595 | ИНН 9729295969 | КПП 772901001 119285,
г. Москва, шоссе Воробьевское, д. 4 этаж 1 пом. II info@pm-
clinic.ru +7 795 260 50 52

Форма соответствует требованиям приказа
Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**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**

Я,

_____ (Ф.И.О. пациента, законного представителя)

_____ рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ (адрес места жительства)

проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____

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

)

_____ рождения,

_____ зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающий по адресу:

_____ (адрес места жительства)

_____ (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 (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 «ПМ КЛИНИК».

Медицинским работником - _____ (ФИО, должность) 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 сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, может потребоваться длительное лечение.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинских услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

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)

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

(ФИО, должность)

(подпись)

Пациент/законный представитель: _____ / _____ (ФИО)
(подпись)

дата оформления

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

** перечень видов медицинских вмешательств, оказываемых в ООО «ПМ Клиник»*

- 1*. **Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.**
- 2*. **Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.**
3. Антропометрические исследования.
- 4*. **Термометрия.**
- 5*. **Тонометрия.**
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- 9*. **Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.**
- 10*. **Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).**
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- 12*. **Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.**
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.