

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Иванов Иванов Иванович, «1» января 1980 г. рождения, зарегистрированный по адресу: Москва, Ставропольская, 1, 1, проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, 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 и медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н: 1.Опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза, 2.Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонотометрия. 6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Медицинский массаж. 7. Функциональные методы обследования - электроэнцефалография. 8. Рентгенологические методы обследования - в т.ч. ультразвуковые исследования, доплерография, для получения мной первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медичел».

Медицинским работником медицинским регистратором Чукалина Анастасия Николаевна 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 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)

---

Иванов Иванов Иванович, +7(900)000-00-00

---

Чукалина А. Н.

«2» июля 2025г.