

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

(Фамилия Имя Отчество)

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, больных наркоманией, не достигших возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

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. No 390н (далее – Перечень):

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, внутривожно.
 13. Медицинский массаж.
 14. Лечебная физкультура.
- для получения первичной медико-санитарной помощи/~~получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь~~ (ненужное зачеркнуть) в Государственное бюджетное учреждение "Курганский областной госпиталь для ветеранов войн"

(должность, ФИО 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, 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 Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Также в целях исполнения Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю ГБУ "КОГВВ" (расположенному по адресу: 640014, РОССИЯ, КУРГАНСКАЯ ОБЛ, Г КУРГАН, ПЕРОВА УЛ, д. 59,) согласие на обработку своих персональных данных, то есть на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение, в том числе с помощью средств автоматизации, своих персональных данных (фамилия, имя, отчество; паспортные данные; адрес регистрации; адрес проживания; сведения о состоянии здоровья; сведения о результатах медицинских исследований и получаемых медицинских услугах; номера СНИЛС и полиса ОМС; сведения о месте работы), а также право на передачу такой информации третьим лицам, если это необходимо для осуществления переданных полномочий и в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством. ГБУ "КОГВВ" обязуется использовать мои данные только в целях предоставления мне медицинских услуг. Настоящее согласие действует в течение срока хранения моих персональных данных, установленного ГБУ "КОГВВ".

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (полностью)

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (полностью)