

**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. родителя (законного представителя))

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_ г. рождения

зарегистрированного 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), **а именно:** *опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотр в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховые функции, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пикфлоуметрия, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно* для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **ДОЦ «Астрахань»**

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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 лица, законным представителем которого я являюсь.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный номер телефона)

Подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику достоверную информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными инфекционными заболеваниями и аллергическими реакциями, о физическом и психическом состоянии несовершеннолетнего.

Даю согласие на сопровождение персоналом **ДОЦ «Астрахань»** несовершеннолетнего к специалистам других медицинских учреждений в отношении его болезни, травм и т.д. (в случае такой необходимости).

Дата:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

**Отказ от видов 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. родителя (законного представителя))

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_ г. рождения

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

при оказании лицу, законным представителем которого я являюсь первичной медико-санитарной помощи в **ДООЦ «Астрахань»** отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

(нужное подчеркнуть)

*опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотр в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховые функции, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пикфлоуметрия, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.*

Медицинским работником \_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Дата:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

# Доверенность

Настоящей доверенностью я, \_\_\_\_\_

ФИО законного представителя

\_\_\_\_\_

паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган

являюсь в соответствии с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

реквизиты свидетельства о рождении, в случае опекуна / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство

законным представителем \_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего

Дата рождения

Доверяю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ФИО конкретного физического лица - представителя (допускаются несколько представителей) паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган

подписание информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств в отношении несовершеннолетнего на основании предоставленной медицинским работником информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Дата:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

**Согласие  
на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну**

Настоящим я, \_\_\_\_\_

ФИО законного представителя  
паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган  
адрес

являясь в соответствии с \_\_\_\_\_

---

реквизиты свидетельства о рождении, в случае опекуна / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется  
опека или попечительство

законным представителем \_\_\_\_\_

ФИО лица, не достигшего 18 лет, дата рождения

адрес

паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган (при наличии)

выражаю согласие на передачу сведений о состоянии его (ее) здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его (ее) медицинском обследовании и лечении, работникам **ДОО «Астрахань»** в целях его (ее) медицинского обследования и лечения.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Расшифровка \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку, как правило, без использования средств автоматизации путем хранения, извлечения, использования, уточнения, передачи (распространение, предоставление, доступ) медицинским организациям, обезличивания, блокирования, уничтожения в целях организации и оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в период отдыха и оздоровления в **ДОО «Астрахань»** следующих персональных данных: моих фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса; фамилии, имени, отчества несовершеннолетнего, его даты рождения, адреса, паспортных данных, реквизитов свидетельства о рождении (документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство), сведений о состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении.

Согласие предоставляется на безвозмездной основе на срок 4 месяца.