ООО «ЮВТМЕДИЦИНА»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕНА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ВКЛЮЧЕННОЕ 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. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

паспорт: , выдан: , 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. № 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 «ЮВТМЕДИЦИНА»в том числе: опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза (A01.26.001), осмотр (В01.029.002), пальпация (A01.26.003), антропометрические исследования: термометрия (А02.30.001), Измерение артериального давления на периферических артериях (А02.12.002), исследование пульса (А02.12.001) неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций (визометрия (А02.26.004), рефрактометрия (А02.26.013), офтальмотонометрия (А02.26.015), офтальмоскопия (А02.26.003) скиаскопия (А02.26.014), исследование угла передней камеры глаза с линзой Гольдмана (А03.26.002), исследование в проходящем (А02.26.002) и отраженном свете (А03.26.001),Биомикроскопия глазного дна с использованием фундус линзы (А03.26.018) динамическая периметрия (А02.26.005), Измерение угла косоглазия (А02.26.010), Экзофтальмометрия (А02.26.022), Определение характера зрения, гетерофории (А02.26.024) Тест Ширмера( А02.26.020); исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических; функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы; рентгенологических методов обследования; ультразвуковых исследований; допплерографических исследований; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно (А11.01.003), субконъюктивально (А11.26.016), парабульбарно (А11.26.011), ретробульбарно (А11.26.011) выполняемых медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04. 12 г N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи, а также не возражаю против использования технических средств в целях контроля полноты и качества проводимых / оказываемых услуг в ООО «ЮВТМЕДИЦИНА».

Медицинским работником врачом-офтальмологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне разъяснены цели (диагностика и лечение заболеваний глаза и его придаточного аппарата), методы оказания медицинской помощи (оказание первичной медико-санитарной помощи будет осуществляться согласно порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 902н), связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, побочных эффектов в виде временного снижения зрения, засветов, бликов и других оптических эффектов, аллергических реакций при использовании диагностических лекарственных средств путем инстилляции или аппликации в виде отека, покраснения, появления папулло-пустулезной сыпи, отека Квинке и коллапса, 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 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 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) | | |
|  |  |  | |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)