

ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ

**Информированное добровольное согласие на проведение предварительного и периодического медицинского осмотра, в том числе по углубленной программе медицинского обследования, на этапные и текущие медицинские обследования, врачебно-педагогические наблюдения**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф И О гражданина либо законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по

адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне; моему ребёнку; гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф И О гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

**Перечень видов медицинского вмешательства:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, непрямая ларингоскопия, плантография, определение гигиенического индекса, 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). Исследование психоэмоционального статуса. Функциональные пробы. 9. Забор биологического материала из вены. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, ЭКГ-нагрузочные тесты, в том числе определение физической работоспособности при тестировании на велоэргометре или беговой дорожке, велоэргометрия, эргоспирометрия, тредмил-тест, биомеханическое тестирование, исследование центральной гемодинамики. 11. Рентгенологические обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, компьютерная томография, магнито-резонансная томография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, осуществляемых в Филиале № \_\_\_\_\_ ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ.

Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о состоянии моего здоровья; здоровья моего ребенка; гражданина, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

следующим лицам: \_\_\_\_\_

Меня информировал \_\_\_\_\_  
(должность, Ф И О лечащего врача, либо иного медицинского работника участвующего в оказании медицинской помощи)

1. Я ознакомлен (а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
2. Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения удовлетворяют.

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)