

ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ

Информированное добровольное согласие на проведение предварительного и периодического медицинского осмотра

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина)

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н **даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне.**

Перечень видов медицинского вмешательства:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), 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, реоэнцефалография, электроэнцефалография, ЭКГ-нагрузочные тесты. 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, маммография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. **12. ВЭМ при педалировании (с периодами отдыха, без периодов отдыха), осуществляемых в филиале № 6 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ**

Необходимость других методов обследования и лечения 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».

1. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

2. Мне объяснена цель выполняемого медицинского вмешательства, его необходимость, характер и особенности его проведения, а также мне разъяснено о моих действиях во время его проведения;

3. Мне разъяснено о факторах риска и я понимаю, что проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском развития осложнений и нарушений со стороны систем жизнедеятельности организма;

4. Мне разъяснено, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, в случае которых, вид и тактика выполнения медицинского вмешательства могут быть изменены;

5. Кроме того, я информирован(а), что фото и видеоматериалы, полученные во время медицинского вмешательства, могут быть использованы в научных целях и в образовательном процессе, в случае неразглашения моих личных данных;

6. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (собрание законодательств Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)

Я разрешаю передать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

Меня информировал врач ОСМ _____

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

Меня информировал врач ОФД _____

(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.

_____ «_____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина) (дата оформления)

_____ «_____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, (дата оформления)