**ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

**Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество пациента/законного представителя пациента – полностью)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**года рождения, проживающий(-ая) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**в соотвествиии с главой 4 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» получил (-а) в доступной для меня форме имеющуюся информацию о состоянии моего/ представляемого здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи и последствиях при отказе от медицинского вмешательства.

Я имел(-а) возможность задать врачу интересующиеся меня/представляемого вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения и получил(-а) на них исчерпывающиеся ответы.

Добровольно и осознано выражаю **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** на медицинское вмешательство в виде:

(согласие/не согласие)

1. Опроса, в том числе выявления жалоб, сбора анализа.
2. Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации.
3. Антропометрического исследования.
4. Термометрии.
5. Тонометрии.
6. Неинвазивных исследование органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивных исследований органа слуха и слуховых функций.
8. Исследования функций нервной и двигательной сферы.
9. Лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических.
10. Функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлуометрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных).
11. Рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвуковых исследований, допплерографических исследований.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожное.
13. Медицинского массажа.
14. Лечебной физкультуры.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 15. Инвазивные медицинские манипуляции | Дата | Подпись |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Информацию о состоянии моего/представляемого здоровья разрешаю давать только (указать кому, либо никому)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Я подтверждаю, что прочел(-ла) и понял(-ла) вышеприведенный текст, согласен(-а) с предложенным обследованием и лечением, в чем расписываюсь собственноручно.

« » 20 года Подпись пациента/представителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Настоящим я удостоверяю, что объяснил характер, цель, риск предложенного медицинского вмешательства. Предложил задать любые вопросы и на все вопросы дал исчерпывающие ответы. Считаю, что мои объяснения и ответы на вопросы были правильно и полностью поняты.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года.

(должность, И.О.Фамилия) (подпись)