Общество с ограниченной ответственностью «Эстетика Красоты»
ОГРН 1180105002043 ИНН 0105080081
Адрес места нахождения: 385020, Республика Адыгея (Адыгея), г.о. город Майкоп, г. Майкоп, ул. Пионерская, д. 494
Лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01168-01/00350626
Место осуществления медицинской деятельности: 385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Пионерская, д. 494

Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____
проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«____» _____ _____ г. рождения, проживающего(ей) по адресу:
_____
(заполняется при подписании согласия законным представителем)

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 Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Эстетика Красоты»

№	Вид медицинского вмешательства	Согласие
1	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.	☐
2	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, 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)	☐
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, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных)	☐
11	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования	☐
12	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно	☐
13	Медицинский массаж	☐
14	Лечебная физкультура	☐

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 указанный Перечень, либо потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я подтверждаю, что содержание настоящего информированного добровольного согласия мне понятно, информация предоставлена в доступной форме, возможность задать вопросы медицинскому работнику предоставлена.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____»_____ _____ г.

(дата оформления)