

147

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012г. № 390н "Об утверждении Перечня 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, одного из родителей, иного законного представителя)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, таких как:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
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. Осмотр врача-гинеколога (для девочек), хирурга-андролога (для мальчиков).
11. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.

12. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования.

13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

14. Медицинский массаж.

15. Лечебная физкультура.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в детской поликлинике ОБУЗ "Курская горбольница № 2"

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

(дата оформления информированного добровольного согласия)