Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России

от 10.08.2015 № 549н)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение диспансеризации (профилактический медицинский осмотр), 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**

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных** | | | | | | |
| **граждан:** Я, паспорт: |  | | , выдан: |  | |  |
| являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, | | | | | | |
| признанного недееспособным: | |  | | |  | |
|  | | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) | | |  | |

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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Поликлиника «Полимедика Новгород Великий»

# .

(полное наименование медицинской организации, отделения (подразделения)

* проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами (средними медицинскими работниками), лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия, проводимые в рамках диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) согласно полу и возрасту (объем диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), утвержденные порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (утвержден приказом Министерством здравоохранения РФ от 24 апреля 2019года №124н.);
* использование моих персональных данных и информирование меня о месте, времени, результатах диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), включая анкетирование, антропометрию, опрос и осмотр (консультации) врачами-специалистами, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования (медицинские вмешательства), консультирование и иные медицинские мероприятия посредством телефонной связи (в том числе смс-информирование) на контактный телефон, электронной, Интернет-связи.

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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 Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |
| “ | ” |  | г. |

(дата оформления)