

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/
несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

Дата рождения _____ г.

Проживающий по адресу: _____

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)
В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21. 11. 2011г. № 323 «Об основах охраны
здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25. 11. 2013г. №317-ФЗ даю **информированное добровольное
согласие на медицинское вмешательство.**

Я, доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если
такое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии
с действующими стандартами и правилами.

Согласно Приказу МЗСР РФ от 23. 04. 2012г. № 390н я даю согласие на проведение при необходимости
следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов 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 кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Оказание психиатрической помощи.

Я, также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами,
указанными в п.1,3 ст.11 Федерального закона № 152 – ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:
фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС),
страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о
состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор,
систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование,
распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание,
блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Законный представитель пациента: _____
(подпись) (ФИО)

Дата «_____» _____ 2018 г.