



ООО Лечебно-диагностический центр «Медицина» МО. г. Наро-Фоминск, Шибанкова 3. 8(496)344-12-03 www ldc-medicina.ru

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 медицинской помощи

Я, _____, пол _____,
дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Адрес: _____

_____, являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента (родитель, опекун, попечитель, усыновитель), действующий в интересах несовершеннолетнего Пациента (ФИО) _____

Пол _____; Дата рождения _____;

Адрес _____;

Документ, подтверждающий официальное представление интересов несовершеннолетнего пациента _____

в соответствии со статьей 32 ФЗ №323 « Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», 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, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, медицинских экспертиз в ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА».

Даю свое согласие на проведение следующих процедур в отношении моего несовершеннолетнего ребенка:

- Опрос, в том числе выявление жалоб и сбор анамнеза;

- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия;
- Антропометрические исследования;
- Термометрия, Тонометрия;
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- Функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, СМАД, СМ ЭКГ, ЭХО КГ, спирография, пикфлоуметрия, пневмотахометрия;
- Ультразвуковые и доплерографические исследования (в том числе строго по показаниям, вагинальным и ректальным методом);
- Эндоскопические исследования (гастро и колоноскопия)
- Методы лучевой диагностики;
- Методы физиотерапии и массажа;
- Хирургические вмешательства в объеме амбулаторно-поликлинической помощи;
- Анестезиологическое пособие и методы обезболивания, утвержденные стандартами оказания медицинской помощи на территории РФ,

Я информирован о целях объеме, характере предполагаемых обследований, а так же о том, что предстоит моему Ребенку делать во время проведения обследования и лечения.

Я знаю, что в моих интересах, сообщить врачу обо всех имеющихся у моего Ребенка и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических и побочных реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим Ребенком заболеваниях, операциях, травмах, вредных привычках, а так же известных мне химических, физических, биологических факторах, влияющих на здоровье моего Ребенка во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных препаратах.

Я понимаю, что медицинским персоналом Клиники ЛДЦ «Медицина» будут приниматься все необходимые меры для излечения моего Ребенка, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения заранее предоставлено быть не может.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование является безопасным для здоровья (в том числе при исследовании беременности). Мне разъяснено, что УЗИ является высокоинформативным методом исследования, но в ряде случаев не позволяет установить точный диагноз, что связано с физическими основами ультразвука, особенностями визуализации различных патологических процессов и качеством подготовки пациента к исследованию.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования моего Ребенка, его лечения, профилактики, а так же возможные последствия моего отказа от обследования, лечения, профилактики и реабилитации.

Я утверждаю, что интересующие меня вопросы, заданы и все полученные мной ответы мне понятны.

Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа и согласен (а) с ними.

Я подтверждаю, что решение о проведении обследования, лечения, профилактики и реабилитации в ЛДЦ «Медицина» моему Ребенку является моим собственным и было принято мной без принуждения или навязывания со стороны кого-либо.

Клиника:

**Заказчик (законный представитель
несовершеннолетнего пациента):**

(подпись, должность, ФИО)
