



Приложение 2 к договору об оказании платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств ребенку,
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 (далее - Перечень)
(утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012г. № 390н)

Я, _____,
(родственные отношения, Ф. И. О. родителя или опекуна)
пользуюсь правом моего ребенка

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств моему ребенку, включенные в Перечень, для
получения первичной медико-санитарной помощи

в _____ **ООО "Цетр семейной медицины"** _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи моему ребенку, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я извещен(а) о том, что моему ребенку необходимо регулярно принимать назначенные препараты, другие методы лечения, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия моего ребенка. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка во время жизнедеятельности. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности ребенка, а также сведения о принимаемых ребенком лекарственных средствах. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемых методов обследования и лечения моего ребенка и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, лечебно-охранительного режима могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка.

(подпись)

(Ф. И. О. родителя или опекуна)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

(дата оформления)

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования зрительных функции и органов зрения.
7. Неинвазивные исследования органов 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 ЭКГ, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, рентгеноскопия, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.