

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при выборе врача и  
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_,  
действующий от имени и в интересах самого себя (или третьего лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, при выборе врача в ООО «Семейный доктор» для получения первичной медико-санитарной помощи по стоматологии:

1. Опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза.
  2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
  3. Антропометрические исследования.
  4. Термометрия.
  5. Тонометрия.
  6. Рентгенологические методы обследования.
  7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
- В доступной 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.

✓

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.