Общество с ограниченной ответственностью Клиники восстановительной медицины «МедСпектр»
ИНН 6316275370 КПП 631601001
ОГРН 1216300054442
443086, г. Самара, ул. Часовая, д.6, ком. 70

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
(в соответствии со ст. 20 Федерального Закона от 21.11.2011 No 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ")

Я, фио_пациента, дата_рождения_пациента, зарегистрированный по адресу: адрес_пациента

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем 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)

Добровольно даю согласие на проведение следующих манипуляций 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. N 390н:

1. Опроса, в т.ч выявление жалоб, сбора анамнеза
2. Осмотра, в т.ч пальпации, перкуссии, аускультации
3. Антропометрические исследования (рост, вес, ИМТ)
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Исследование функции нервной системы (двигательная и чувствительная сфера)
7. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические
8. Функциональныне методы исследования, в т.ч электрокардиография
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно
10. Физиотерапевтические методы лечения, в том числе, баротерапия, магнитотерапия, электроимпульсная терапия, озонотерапия

фио_пациента моб._телефон_пациента

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ фио_врача

(подпись) (фамилия, имя, отчество(при наличии) медицинского работника)

текущая_____дата_____ г.
(дата оформления)