

**ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ**

**Информированное добровольное согласие на проведение предварительного и периодического медицинского осмотра**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина)

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н **даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне .**

**Перечень видов медицинского вмешательства:** \_\_\_\_\_ :

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа 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. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, электроэнцефалография, ЭКГ-нагрузочные тесты. 11. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования., **осуществляемых в филиале № 9 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ**

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно

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

**Я разрешаю** передать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

**Меня информировал** \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

1. Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения удовлетворяют.

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина) (дата оформления)

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи) (дата оформления)