Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, при получении медико-санитарной помощи в СПб ГБУЗ ГВФД

Я_____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения _____**, проживающий (ая) по адресу:** _____
_____

Документ удостоверяющий личность: серия_____**№**_____,_____
_____
_____
(кем, когда выдан, код подразделения)

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.
Действующий (ая) в интересах_____
_____
_____
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения, адрес регистрации, проживания)

Основание представительства _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)

На основании ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», **ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на все виды медицинского вмешательства в отношении меня (лица, законным представителем которого, я являюсь) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» - (далее Исполнитель), в том числе: опрос (выявление жалоб, сбор анамнеза, т.д.); осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование) и т. д); антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические) и т.д.; функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, нагрузочные тестирования, велоэргометрию) и т.д.; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), МРТ и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования) т.д.; введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно) т.д.; медицинский массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапевтические методы воздействия, лечебно-диагностические манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов; тейпирование, наложение гипсовых повязок, снятие гипса; лечебная физкультура; стоматология терапевтическая и любое другое медицинское вмешательство при проведении предварительных, периодических, текущих и этапных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений, углубленного медицинского обследования (далее – УМО), а также непосредственно в месте проведения мероприятий, в том числе в выездной форме с целью систематического контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся физкультурой и спортом, оценки адекватности физических нагрузок состоянию здоровья, восстановления здоровья средствами и методами лечебной физкультуры, получения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинского заключения о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)». Объем медицинских обследований определён Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020г. №1144н.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможные варианты медицинского вмешательств, их последствия; предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, так же то, что эта информация будет предоставляться мне, врачом-специалистом, каждый раз в момент моего обращения к Исполнителю, непосредственно перед медицинским вмешательством, о чём будет сделана запись в амбулаторной карте.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. В случае отказа от предложенных мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст.63,64,65 Семейного кодекса Российской Федерации)

Я предоставил(а) врачу(ам) достоверную информацию (сведения) о моей (представляемого) спортивной деятельности, характеристиках тренировочных нагрузок, переносимости мною (представляемого) тренировочных нагрузок, наличии признаков у меня (представляемого) состояний переутомления, перенапряжения, перетренированности, а также, наличии травм, связанных со спортивной деятельностью и их последствий, использовании мною (представляемым) дополнительных средств и методов восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок, поставил(а) в известность врача(ей) обо всех проблемах, связанных с моим (лица, законным представителем которого, я являюсь) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил врачу(ам) правдивые сведения о моей (представляемого) наследственности, а также, об употреблении мною (представляемым) алкоголя, наркотических и токсических средств, биологически активных добавок и лекарственных средств, содержащих запрещенные субстанции, использовании методов, отнесенных к понятию запрещенных к применению во время тренировочной и соревновательной деятельности, согласно действующему антидопинговому законодательству.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего мне медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое согласие на медицинское вмешательство (лечение) является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого - либо давления при принятии решения.

Настоящее согласие на медицинское вмешательство действует бессрочно.

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____
_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

«_____» _____ 20____ г.
_____ (_____)
(подпись пациента) (Ф.И.О.)

Подтверждаю, что мною разъяснена и предоставлена полная информация пациенту, связанная с оказанием ему медицинских услуг (медицинским вмешательством); на все вопросы были даны ответы

«_____» _____ 20_____г.

Медицинский работник _____
(должность)

_____ (_____)
(подпись) (ФИО)