

Номер полиса ОМС _____

Приложение N 2

Номер СНИЛС _____

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь,

(Ф.И.О. полностью, возраст)

ГБУЗ ГП №5

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата оформления)

Осмотр перед прививкой (заполняет врач)

Дата « ____ » _____ 202_ г.

Жалобы: НЕТ / _____

Температура тела: в норме / _____

Объективно:

Состояние удовлетворительное / _____

Сознание ясное / _____

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски / _____

Зев спокоен / _____

Носовое дыхание свободно / _____

Сердце – тоны ритмичные / _____

ЧСС _____ АД _____ мм.рт.ст.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет / _____

Живот мягкий, безболезненный / _____

Печень не увеличена / _____

Аллергический анамнез: без особенностей / _____

Противопоказаний к прививке НЕТ / _____

Направлен (а) на прививку:

Против гриппа 0,5 а/м серия _____ с/г _____ в правое плечо

Подпись врача _____

Осмотр через 30 минут после прививки

Дата « ____ » _____ 202_ г.

Жалобы: НЕТ / _____

Патологическая реакция на прививку: НЕТ / _____

Подпись врача _____