

**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 по ультразвуковой диагностике**Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)в отношении \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения несовершеннолетнего)

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. № 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 (ненужное зачеркнуть) в **ООО «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Долголетие»**. Медицинским работником: XXXXXXXXXX. Уполномочиваю врача УЗИ-диагностики осуществить представляемому лицу ультразвуковое исследование: \_\_\_\_\_.

(указать вид УЗИ)

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат процедур зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а также особенностей моего организма. Врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время планируемой процедуры. Даны рекомендации по подготовке к планируемой процедуре. Врач объяснил мне, что ультразвуковое исследование является не инвазивным методом диагностики организма с помощью ультразвуковых волн. Врач объяснил мне, что целью проведения мне (представляемому лицу) ультразвукового исследования является установление состояния моего здоровья (здоровья представляемого лица) для определения вариантов лечения. Я понимаю, что УЗИ является методом диагностики, и окончательный диагноз устанавливается лечащим врачом.

Я подтверждаю, что мне в доступной форме объяснены суть ультразвукового исследования, обстоятельства, которые могут повлиять на его результаты, а также необходимость придерживаться определенного режима и (или) диеты до проведения исследования.

Я извещен(а), что невыполнение назначенного исследования, а также несоблюдение предписанного режима и (или) диеты может привести к неправильной трактовки результатов исследования.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость ультразвукового исследования внутрисплетным датчиком (при проведении УЗИ органов малого таза).

**Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что медицинский работник:**

- Проинформировал меня об особенностях проведения УЗИ для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала проведения УЗИ интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица).

Я обязуюсь соблюдать рекомендации (обеспечить соблюдение рекомендаций представляемым лицом). Мне известно, что несоблюдение предписаний медицинского работника, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на результатах исследования и их интерпритации.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной медицинскому работнику, на них были получены ответы, и я даю добровольное согласие на проведение УЗИ.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (снимки, диски, заключение) или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)\_\_\_\_\_  
Фамилия пациент телефон: Телефон пациента e-mail: Email пациента\_\_\_\_\_  
ФИО медработника дата оформления ИДС Текущая дата г.