

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство¹

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании первичной медико-санитарной помощи **мне/лицу, законным представителем которого я являюсь** (*ненужное зачеркнуть*):

(Ф.И.О. гражданина)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю **Автономной некоммерческой организации «Академия футбола Крыма»** информированное добровольное согласие на следующие виды медицинского вмешательства:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
3. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно.
4. Медицинский массаж.
5. Лечебная физкультура;
6. Физиотерапия.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, 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 состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*)

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

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

¹Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении ребенка младше 16 (Шестнадцати) лет подписывает родитель или иной законный представитель. Лицо, достигшее 16 (Шестнадцати) лет подписывает согласие самостоятельно.

Отказ от видов медицинских вмешательств²

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____,
(адрес места жительства гражданина либозаконного представителя)

при оказании первичной медико-санитарной помощи мне/лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. гражданина)

в **Автономной некоммерческой организации «Академия футбола Крыма»**
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

²Настоящий документ в отношении ребенка младше 16 (Шестнадцати) лет подписывает родитель или иной законный представитель. Лицо, достигшее 16 (Шестнадцати) лет подписывает настоящий документ самостоятельно.