

**Отказ от видов медицинских вмешательств,
включенных 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**

(в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н Зарегистрировано в Минюсте России 28 июня 2013 г. N 28924)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина полностью)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

Общество с ограниченной ответственностью «МедикалКлуб Консилиум»

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

Подпись

<input type="checkbox"/> Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.	
<input type="checkbox"/> Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.	
<input type="checkbox"/> Антропометрические исследования.	
<input type="checkbox"/> Термометрия.	
<input type="checkbox"/> Тонометрия.	
<input type="checkbox"/> Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.	
<input type="checkbox"/> Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.	
<input type="checkbox"/> Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	
<input type="checkbox"/> Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.	
<input type="checkbox"/> Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).	
<input type="checkbox"/> Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.	
<input type="checkbox"/> Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.	
<input type="checkbox"/> Медицинский массаж.	
<input type="checkbox"/> Лечебная физкультура	

Медицинским работником _____
(ФИО, должность, подпись)

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) законного представителя гражданина)

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

" ____ " _____ г.
(дата оформления)