

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и  
спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»

**Информированное добровольное согласие на проведение  
предварительного и периодического медицинского осмотра**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, \_\_\_\_\_,  
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства пациента)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,  
не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, \_\_\_\_\_,  
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_  
(указывается нужное)

пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_  
(указывается нужное)

\_\_\_\_\_ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,  
\_\_\_\_\_ подтверждающего право представлять интересы гражданина)

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне в Филиале № \_\_\_\_\_ Государственного автономного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы».

**Перечень видов медицинского вмешательства:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, ЭКГ-нагрузочные тесты.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, маммография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

\_\_\_\_\_

Меня информировал \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании  
медицинской помощи)

1. Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения удовлетворяют.

\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)