Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при получении медико-санитарной помощи в СПб ГБУЗ ГВФД

Я_____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения_____, проживающий (ая) по адресу:

_____

Документ удостоверяющий личность:
серия_____№_____,_____

_____

(кем, когда выдан, код подразделения)

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Действующий(ая) в интересах

_____

_____

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения, адрес регистрации, проживания)

Основание представительства

_____

_____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)

На основании федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на все виды медицинского вмешательства в отношении меня (лица, законным представителем которого, я являюсь) в том числе: опрос (выявление жалоб, сбор анамнеза, т.д.); осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование) и т. д); антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические); забор биоматериала (кровь венозная, капилярная) и т.д.; функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, нагрузочные тестирования, велоэргометрию) и т.д.; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, МРТ; ультразвуковые исследования, в том числе допплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно) т.д.; медицинский массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапевтические методы воздействия, лечебная физкультура; лечебно-диагностические манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов; тейпирование, наложение гипсовых повязок, снятие гипса; стоматология терапевтическая и любое другое медицинское вмешательство при проведении предварительных, периодических, в том числе углубленного медицинского обследования (далее – УМО), текущих и этапных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» - (далее Исполнитель), а также непосредственно в месте проведения мероприятий, в том числе в выездной форме, с целью систематического контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся физкультурой и спортом, оценки адекватности физических нагрузок состоянию здоровья, восстановления здоровья средствами и методами лечебной физкультуры, получения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинского заключения о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)». Объем медицинских обследований определён Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.05.2026 № 484н.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия; предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, так же то, что эта информация будет предоставляться мне, врачом-специалистом, каждый раз в момент моего обращения к Исполнителю, непосредственно перед медицинским вмешательством.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. В случае отказа от предложенных медицинских вмешательств несу полную ответственность за свое здоровье. За здоровье ребенка несет ответственность его родитель или законный представитель (ст.63,64,65 Семейного кодекса Российской Федерации).

Я предоставляю медицинским работникам Исполнителя достоверную информацию (сведения) о моей (лица, законным представителем которого, я являюсь) спортивной деятельности, характеристиках тренировочных нагрузок, переносимости тренировочных нагрузок, наличии признаков состояний переутомления, перенапряжения и перетренированности, а также, наличии травм, связанных со спортивной деятельностью и их последствий, использовании мною (лицом, законным представителем которого, я являюсь) дополнительных средств и методов восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок, ставлю в известность медицинских работников обо всех проблемах, связанных с моим (лица, законным представителем которого, я являюсь) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных операциях и травмах, наличии и перенесенных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщаю медицинским работникам Исполнителя правдивые сведения о моей (лица, законным представителем которого, я являюсь) наследственности, а также, об употреблении мною (лицом, законным представителем которого, я являюсь) алкоголя, наркотических и токсических средств, биологически активных добавок и лекарственных средств, содержащих запрещенные субстанции, использовании методов, отнесенных к понятию запрещенных к применению во время тренировочной и соревновательной деятельности, согласно действующему антидопинговому законодательству.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего мне медицинскую услугу, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с медицинским работником все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов.

Мое согласие на медицинское вмешательство является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения.

Настоящее согласие на медицинское вмешательство действует бессрочно, либо до его отзыва. Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____

_____

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

«_____» _____ 20____ г.

_____ (_____)

(подпись пациента) (Ф.И.О.)

Расписался в моем присутствии

Медицинский работник _____

(должность)

_____ (_____)

(подпись) (ФИО)