

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (комплексное медицинское обследование)

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

- антропометрия, тест биоимпедансного анализа тела;
- лабораторные методы диагностики: анализы крови: клинический, биохимический, гормональный, коагулологический, иммунологический, серологический (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы); группа крови и резус-фактор; клинический анализ мочи; забор биоматериала: эпителиальный соскоб уретры/цервикального канала;
- инструментальные неинвазивные методы диагностики: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, компьютерная спирография, нагрузочное тестирование, рентгенография легких (с 15 лет), УЗИ внутренних органов;
- осмотры профильными специалистами: врач по спортивной медицине, врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-кардиолог, медицинский психолог/психотерапевт, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-стоматолог, врач-терапевт/врач-педиатр (по возрасту), врач-травматолог-ортопед, врач-хирург, врач-уролог;
- исследование психоэмоционального статуса (в рамках осмотра медицинского психолога/психотерапевта);
- скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы);
- оценка наследственных факторов риска с помощью опросников

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, (ненужное зачеркнуть) в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства».**

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

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 указанных 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 о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)